

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>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

ANNÉE 2021

N°159

***VECU DU MEDECIN GENERALISTE
FACE A UNE FEMME DEPENDANTE***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **29 juin 2021**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Julie PEIFFER

Née le 12 février 1993 à METZ (57)

Sous la direction du Docteur Eric BERNABEU



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

ANNÉE 2021

N°159

***VECU DU MEDECIN GENERALISTE
FACE A UNE FEMME DEPENDANTE***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **29 juin 2021**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Julie PEIFFER

Née le 12 février 1993 à METZ (57)

Sous la direction du Docteur Eric BERNABEU

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2020-2021

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Carole BURILLON

Directeur Général des Services

Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD - CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Dominique SEUX

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur Pierre CHAREYRON

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie,
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie,
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale,
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,
LAVILLE Martine	Nutrition – Endocrinologie,
LINA Gérard	Bactériologie,
MION François	Physiologie,
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
RUFFION Alain	Urologie,
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie,
SIMON Chantal	Nutrition,
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques,
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie,
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie,
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio,
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BERARD Frédéric	Immunologie,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
CERUSE Philippe	O.R.L,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes,

FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie,
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cellulaire,
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie,
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,
LONG Anne	Médecine vasculaire,
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation,
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
PAPAREL Philippe	Urologie,
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie,
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie,
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie,
REIX Philippe	Pédiatrie,
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie,
SANLAVILLE Damien	Génétique,
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique,
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique,
THAI-VAN Hung	Physiologies – ORL,
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence,
THOBOIS Stéphane	Neurologie,
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie,
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie,
BELOT Alexandre	Pédiatrie,
BOHE Julien	Réanimation urgence,
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques,
CHO Tae-hee	Neurologie,
COTTE Eddy	Chirurgie générale,
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie,
COURAUD Sébastien	Pneumologie,
DALLE Stéphane	Dermatologie,
DEMILY Caroline	Psy-Adultes,
DESESTRET Virginie	Histo.Embryo.Cytogénétique,
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie,
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques,
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
GHESQUIERES Hervé	Hématologie,
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile,
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé,
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne,
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie,
MARIGNIER Romain	Neurologie,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie,

Chirurgie Générale,
Radiologie et Imagerie médicale,
Addictologie
Radiologie imagerie médicale,
Anatomie et cytologie pathologiques,
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
Cancérologie,

PIERRE Bernard Cardiologie,

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

BOUSSAGEON Rémy,
ERPELDINGER Sylvie,

DUPRAZ Christian,
PERDRIX Corinne,

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire,
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques,
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
HAFLON DOMENECH Pierre-Yves	Pédiatrie,
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire,
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,

PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PETER DEREK Laure	Physiologie,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
ROSSIGNOL Audrey	Immunologie,
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUJOBERT Pierre	Hématologie – Transfusion,
VALOUR Florent	Mal infect.
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine	Pharm.fond.pharm clinique,
BERHOUMA Moncef	Neurochirurgie,
BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique,
CHATRON Nicolas	Génétique,
DANANCHE Cédric	Epid.éco.santé,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne – Gériatrie,
KEPENEKIAN Vahan	Chirurgie Viscérale et Digestive,
KOPPE Laetitia	Néphrologie,
LE QUELLEC Sandra	Hémato.transfusion,
PERON Julien	Cancérologie ; radiothérapie,
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique,
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie,
SUBTIL Fabien	Bio statistiques,
VISTE Anthony	Anatomie,

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie,
ANNAT Guy	Physiologie,
ECOCHARD René	Bio-statistiques,
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière,
LAVILLE Maurice	Thérapeutique – Néphrologie,
LLORCA Guy	Thérapeutique,
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé,
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
MOYEN Bernard	Orthopédiste,
PACHECO Yves	Pneumologie,
PRACROS Jean-Louis	
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire,
TEBIB Jacques	Rhumatologie,

Composition du jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Benjamin ROLLAND

Madame le Professeur Corinne PERDRIX

Monsieur le Docteur Eric BERNABEU (directeur de thèse)

Le 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

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de présider ce jury. Merci pour vos encouragements, votre franchise et l'intérêt que vous avez su porter à ce travail. C'est un honneur pour moi de pouvoir le soumettre à un expert de la médecine générale, qui reste au cœur de mes prises en charges.

Monsieur le Professeur Benjamin ROLLAND,

Je suis très heureuse que vous ayez accepté de participer à ce jury. Votre expérience, dans ce domaine que je découvre, saura apporter nuance et profondeur à mon travail. Vos retours me permettront d'affiner ma perception du sujet « femmes et addictions », qui à mon sens est essentiel.

Madame le Professeur Corinne PERDRIX,

Un grand merci pour votre participation à ce jury. Merci pour la confiance que vous avez accordé à ce travail. Je ne peux nier à quel point la présence d'une Professeur au sein de ce jury est importante pour moi. Vos compétences en médecine générale seront essentielles à l'analyse de cette thèse.

Docteur Eric BERNABEU,

Je ne te remercierai jamais assez d'avoir accepté que l'on travaille ensemble sur ce projet. Tu m'as permis d'accéder à une sorte d'idéal professionnel, mêlant intérêt scientifique et enrichissement personnel permanent. Merci pour ton soutien !

Au service d'addictologie de Bourg-en-Bresse,

Je n'aurais jamais imaginé travailler à Bourg-en-Bresse, encore moins en addictologie, et pourtant... Je ne m'imaginerais plus travailler ailleurs ! Cette spécialité ne serait pas aussi belle sans une équipe aussi investie et rayonnante. Oui, je suis heureuse de vous retrouver le lundi matin !

Aux médecins hépato-gastro-entérologues, tant d'organes et tant d'apprentissages, ce fut un plaisir de passer ces quelques mois de mon internat à vos côtés. Et bien sûr ce n'est pas terminé !

Hosam, ton appétit est proportionnel à ton professionnalisme, ta disponibilité, ton altruisme... et on sait à quel point il est grand. Hugues... que dire ? Tu as cette incroyable capacité à injecter de la folie dans la banalité et à rendre les plus hauts sommets atteignables. Je crois que tu perpétues les habitudes d'une certaine Anne-Laure qui vit encore dans les murs de ce service plein de surprises. Le duo que tu formes avec Eric est détonnant, enrichissant, épaulant. Merci à vous !

Aux médecins ayant accepté de participer à ce travail,

Au-delà d'une aide pratique, j'ai cru percevoir chez chacun un réel investissement dans le domaine de l'addictologie, du soin à l'autre, tant somatique que social ou personnel. Vos retours sincères ont permis d'apporter à cette thèse toute l'aspérité que je recherchais.

A mes maîtres d'internat,

Merci pour le meilleur comme pour le pire. L'apprentissage de ce métier ne se fait pas sans quelques chutes. Garder le meilleur me permettra toujours d'aller de l'avant, sans hésitation et en confiance.

A celles et ceux que j'ai rencontré au cours de mon internat,

Au fil de mes multiples séjours dans cet Hôtel Dieu burgien, qui ressemble plus à un havre de paix qu'à une annexe de SSR. Merci Chantal ! Même une pandémie n'aura pas réussi à mettre à mal son ambiance légendaire. La maison des internes de Romans aura aussi été le lieu de belles découvertes.

A Bourg, Yasmin, Camille, Clarisse, merci pour ces jours heureux qui j'espère s'enrichiront d'autres brunchs et d'autres randonnées. Ce semestre fut d'ailleurs prolifique puisque la team pédiatrie n'est pas en reste : Valentine, merci pour ta joie de vivre, Camille, merci pour ta douceur et tes attentions. N'oublions pas le livre d'or de la chambre de garde, plein d'amour.

A Romans, Marie, best room-mate ever et leader du divertissement ! Et toutes les autres !

Aux Nancéiennes que j'ai (re)trouvées dans la ville des Lumières,

Clara, tu es un peu mon garde-du-corps de ce début d'internat, mais aussi un soutien infailible et une bouffée d'air frais dans ce milieu de blouses blanches. Les quais s'en souviendront.

Camille, Marie, vous avez en commun cette volonté et cette détermination qui font avancer, bouger. C'est avec plaisir que j'arpenterai encore ces rues lyonnaises avec vous.

Aux Nancéiens qui y sont restés,

Maud, je n'aurai pas assez de place pour tout dire, sans mauvais jeu de mot. Tu as toujours été là, dans le positif comme dans le négatif. Tu es mon phare au milieu de la tempête, tout comme une source éternelle de rires et de partages. Et puis ton +1 est sympa aussi !

Clémence, Jean, quel externat j'ai passé avec vous ! Ce qui est merveilleux, c'est que vous m'avez fait oublier qu'on « faisait médecine ». On a pris le large et on recommence quand vous voulez !

A mes copines de toujours,

Valentine, Marine, Lisa, Marie, Mélanie, la Lorraine n'est pas si lointaine ! Après toutes ces années, c'est toujours un plaisir de vous retrouver. Et j'espère que ça durera encore longtemps !

A mes grands-parents,

Vous êtes une source d'inspiration sans fin. J'admire la passion que vous mettez dans tout ce que vous entreprenez. Merci pour vos partages et merci de tous nous rassembler au fil des années, encore et encore.

A mes parents,

Vous m'accompagnez depuis 28 belles années dans tous les tourments du quotidien. Vos conseils et votre soutien me sont très précieux. Merci de m'avoir appris à apprécier la simplicité, à m'ouvrir aux autres, à croire que tout est possible. Qu'est-ce que je ferais sans vous ?

A Guillaume,

Tu as vécu de plein fouet toutes ces dernières années sans sourciller et je t'en suis plus que reconnaissante. Tu m'as fait découvrir tant de belles choses et de belles personnes. Merci pour tout le bonheur que tu mets dans notre vie ! Que nos aventures se poursuivent encore longtemps...

Résumé

Introduction

Les produits psychoactifs existent et sont consommés depuis des millénaires. Or, la notion de dépendance est apparue très récemment et les médecins généralistes sont désormais au cœur de sa prise en charge. Parmi leurs patients, les femmes occupent une place particulière. Effectivement, l'addiction étant intrinsèquement liée à nos codes sociaux, le genre impact fortement les modes de consommation. Ce travail de thèse a donc pour objectif d'explorer le vécu du médecin généraliste face à une femme dépendante, mais également de déterminer les outils utilisés.

Matériel et méthode

Cette étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes dans les départements de la Drôme, du Rhône et de Saône-et-Loire. Chaque entretien a été analysé séparément par deux chercheurs.

Résultats

La dépendance chez les femmes comporte de multiples spécificités. Elles consomment moins que les hommes et sont pourtant majoritaires face à eux dans les cabinets de médecine générale. De plus, leur addiction est indissociable de la honte, de la culpabilité, de la souffrance. Cette situation est en partie liée à la perte de leur féminité ainsi qu'à une crainte par rapport à leur rôle de mère. Elles dissimulent ainsi leur maladie, s'isolent et peuvent s'éloigner des structures de soins. Les retentissements somatiques n'en sont que plus importants. On peut notamment le voir dans la cirrhose, pathologie qui peut apparaître plus vite chez les femmes via une sensibilité accrue. Les médecins généralistes peuvent ainsi vivre différemment la prise en charge de ces femmes. Les médecins femmes considèrent que leur sexe peut les servir en facilitant les échanges des deux côtés du bureau de consultation. Chez tous les médecins, une attitude et une écoute plus attentive peuvent leur permettre de faciliter les soins, tout comme l'examen gynécologique.

Conclusion

L'addiction au féminin se conjugue différemment de celle de l'homme : les attentes sociales modifient la fonction du produit, son mode de consommation et ses retentissements. Les médecins généralistes l'ont intégré dans leur pratique s'adaptent jour après jour à ces particularités.

Table des matières

I. Introduction	15
A. Addiction et dépendance	15
1) Produits psychoactifs	15
2) Notion d'addiction	19
3) Conséquences	22
4) Médecine générale et dépendance	23
B. Femmes	24
1) Sexe ou genre ?	24
2) Femmes et société	25
3) Femmes et médecine	27
4) Femmes et addiction	29
II. Méthodologie.....	32
A. Recherche bibliographique	32
B. Type d'étude et objectifs.....	32
C. Canevas d'entretiens.....	33
D. Population étudiée.....	33
1) Recrutement	33
2) Critères d'inclusion.....	34
3) Critères d'exclusion	34
E. Réalisation des entretiens	34
F. Analyse des entretiens	35
G. Aspect éthique	35
III. Résultats	36
A. Description de l'échantillon	36
B. Analyse des résultats.....	37
1) Consommations féminines.....	37
2) Femmes et mères dépendantes.....	42
3) Vivre en dépendance	45
4) Conséquences	47
5) Associations courantes.....	48
6) Ressentis des médecins généralistes	51
7) Prise en charge des médecins généralistes.....	55
8) Temporalité	60

IV. Discussion	62
A. Discussion de la méthode	62
1) Equipe de recherche et de réflexion	62
2) Conception de l'étude	63
3) Analyse et résultats	64
B. Résultats confrontés à la littérature	65
1) Consommer quand on est une femme	65
2) Etre femme et mère dépendantes	68
3) Vivre et grandir en dépendance	72
4) Soigner les comorbidités	77
5) Apprendre de ses ressentis	80
6) Ouvrir sa boîte à outils	83
V. Conclusions	88
VI. Bibliographie.....	91
VII. Annexes	101
A. Canevas d'entretien	101
B. Formulaire de consentement	102
C. Mail de recrutement	103
D. Entretiens	103
1) Médecin généraliste 1	103
2) Médecin généraliste 2	113
3) Médecin généraliste 3	123
4) Médecin généraliste 4	133
5) Médecin généraliste 5	146
6) Médecin généraliste 6	153
7) Médecin généraliste 7	162
8) Médecin généraliste 8	174
9) Médecin généraliste 9	183
10) Médecin généraliste 10	193
11) Médecin généraliste 11	199
12) Médecin généraliste 12	208

I. Introduction

A. Addiction et dépendance

1) Produits psychoactifs

Les produits les plus consommés en France seront évoqués (alcool et tabac), ainsi que d'autres, notables soit par leur fonction, soit par leur mode d'apparition. L'étude ne portera cependant pas sur un produit en particulier, mais sur la dépendance en général chez les femmes.

a) Alcool

L'alcool que l'on consomme (l'éthanol) étant issu de la fermentation de sucres, dont ceux des fruits, on peut allègrement imaginer que sa première consommation remonte à des temps immémoriaux. En effet, une mutation dans le génome de nos ancêtres, qui remonterait à dix millions d'années, nous permettrait même de métaboliser ce produit beaucoup plus rapidement.

La preuve la plus ancienne de consommation de produits issus de la fermentation, retrouvée en 7000 avant Jésus Christ en Chine, serait un mélange de raisin, d'aubépine, de riz et de miel. En fait, les productions étaient différentes selon les régions du monde :

- bière chez les mésopotamiens et les égyptiens ;
- vin chez les grecs et les romains ;
- saké chez les japonais, etc. (1)

En attestent les déesses sumérienne et égyptienne de la bière, Ninkasi et Menqet, ainsi que les dieux grec et romain du vin, de la vigne et de la fête, Dionysos et Bacchus. De plus, la plupart des traces de boissons alcoolisées retrouvées l'ont été sur des sépultures ou lieux de cérémonie. Au cours de la Préhistoire et de l'Antiquité, elles auraient donc eu un rôle sacré, permettant de communiquer avec les différentes divinités, et pas seulement une fonction hédonique (2).

La fonction médicinale de l'alcool, et en particulier du vin, s'est ensuite développée au cours du Moyen-Age. On associait certains vins à certaines occasions, par exemple du vin blanc en cas de voyage, ou du vin rouge en cas de saignée. On en donnait également aux femmes qui venaient d'accoucher, comme aux nourrissons dont le lait se tarissait. Il était cependant déjà déconseillé aux malades du foie et des voies biliaires. Chez les enfants, il était anti-diarrhéique et vermifuge (3).

Cette fonction a persisté au cours des temps modernes. Cependant, l'alcool permettait alors d'apaiser la vie d'ouvriers aux conditions de travail et de vie difficiles. Les spiritueux, devenus des biens de consommation courants, ont fortement participé à cette majoration des consommations (4).



50 nuances de grecs – Saison 1 (12/30) – « ... Homère, bonjour les dégâts » - Arte

« Dionysos est formel. La loi contre la consommation d'alcool dans la mythologie et l'adoption des

« amphores neutres », c'est complètement idiot. » (5)

b) Tabac

Les premières consommations de tabac sont a priori le fait des Incas et des Aztèques, qui l'auraient utilisé pour communiquer avec les esprits, lors de rituels, et comme plante médicinale.

Christophe Colomb les rencontre en 1492. Du tabac est alors envoyé en Espagne, où l'on décide d'en faire des cultures à Cuba. Ce n'est qu'en 1520 que les premières graines sont importées en Europe, au Portugal. Quelques années plus tard, Jean Nicot, alors ambassadeur de France au Portugal, choisit d'envoyer des feuilles de tabac râpées à Catherine de Médicis pour soigner ses migraines. Visiblement efficaces, elle en fait cultiver en France et le tabac se popularise, notamment à la cour. Il sera connu du monde entier dès la fin du XVIème siècle (6,7).

c) Ayahuasca

Egalement issue d'Amérique du Sud, l'*ayahuasca*, possède elle des fonctions un peu différentes. Ce terme quechua désigne une décoction de plantes, utilisée dans le chamanisme amazonien. Elle permettrait à celui qui la boit d'apprendre comment diagnostiquer et soigner les maladies. Depuis sa découverte par les voyageurs, son rôle a changé et est désormais axé sur l'émancipation, dans un but de « développement personnel » (8).

d) Cannabis

La preuve la plus ancienne de consommation de cannabis remonterait à 4000 avant Jésus-Christ, en Chine. Ses vertus psychoactives et médicinales seraient bien connues depuis l'Antiquité :

- en Egypte, le chanvre a été mentionné dans le papyrus d'Ebers, l'un des premiers traités médicaux, datant de 1550 avant Jésus-Christ, aux côtés de l'opium notamment ;
- en Inde, le peuple en aurait consommé sous forme de breuvage, pour éloigner le Mal ;
- en Chine, les disciples du chirurgien Hua Tao recommandaient de le mélanger à du vin, pour augmenter ses propriétés anesthésiantes, notamment dans la crise de goutte.

Au-delà de ces vertus, le chanvre pouvait aussi être utilisé pour fabriquer les cordages des navires, comme chez les Romains, qui l'importaient de Gaule. La consommation de cannabis s'est ensuite poursuivie au fil des siècles, et a su conquérir l'Europe, l'Afrique, et enfin l'Amérique.

A partir des années 1930, le « culte rastafari » a fait son apparition en Jamaïque. Il prônait le retour aux sources culturelles africaines, et considérait l'Empereur d'Éthiopie (Haïlé Sélassié, ou Ras Tafari Makonnen) comme un dieu. Cette religion reposait sur la consommation de cannabis, ou *ganjah*, recommandée selon eux par la Bible (9). On retrouve encore des adeptes de ce culte aujourd'hui (10).

e) Opiacés

La consommation d'opium remonterait au moins à l'Antiquité, sous forme de décoctions, de pastilles ou en application externe, toujours mélangée à d'autres plantes. Il aurait ensuite été fumé à partir du XVII^{ème}, se serait développé en Asie au XVIII^{ème} siècle et en Europe au XIX^{ème} siècle.

Cependant, avant que cette technique n'arrive d'Asie orientale, l'opium en Europe aurait été soit bu, sous forme de laudanum ou teinture alcoolique d'opium, soit ingéré, sous forme de pilule (11). Beaudelaire faisait partie de ces « opiophages » et en a décrit les effets dans le poème « Le Poison » :

*L'opium agrandit ce qui n'a pas de bornes,
Allonge l'illimité,
Approfondit le temps, creuse la volupté,
Et de plaisirs noirs et mornes,
Remplit l'âme au-delà de sa capacité (12).*

L'opium en Occident a été principalement utilisé à visée thérapeutique, puisqu'on a pu lui attribuer le pouvoir de guérir la fièvre, les diarrhées, la folie (manie), la mélancolie, les rhumatismes et surtout, la douleur.

La découverte du principe actif de l'opium, la morphine, s'est faite au début du XIX^{ème}. Associée à la mise au point des systèmes d'injection, elle sera victime de son succès,

parfaite pour apaiser les douleurs, mais ne pourra pas échapper à de nombreux effets indésirables. C'est pourquoi la recherche s'active pour lui trouver un remplaçant.

Elle le trouvera, sous le nom d'héroïne. Ce médicament est une pure invention, dans la mesure où sa formule chimique est introuvable à l'état naturel, ce qui l'oppose aux autres molécules de l'époque. Elle est considérée comme un bon traitement contre l'asthme, l'emphysème, la bronchite et d'autres maladies respiratoires. On la considère même comme un remède contre la morphinomanie. En effet, le Dr LAVALLEE publiera en 1900 un article dans *La Revue de médecine*, dont le titre est sans équivoque : « *La morphine remplacée par l'héroïne ; pas d'euphorie, plus de toxicomanie. Traitement héroïque de la morphinomanie.* ».

Synthétisée en 1898, elle est questionnée dès 1902, pour rejoindre la liste des « périls toxiques » (13).

2) Notion d'addiction

Tous les produits cités ayant initialement eu une fonction sacrée ou médicinale, à partir de quand en sommes-nous arrivés à parler d'addiction, de dépendance, de trouble de l'usage ?

Le mot « addiction » existe de longue date : il vient du latin *addictus*, qui signifie « être adonné à » ou « se donner à ». En effet, dans le droit romain, il désigne un homme incapable de payer ses dettes, qui subit donc la contrainte par corps de son créancier. L'addiction est ainsi une perte de liberté, qui peut aller jusqu'à l'aliénation (14).

La dimension pathologique de l'addiction apparaît en 1561, dans le traité de Pascasius sur le jeu. Médecin et philosophe, joueur invétéré, il décrit pour la première fois la dimension médicale de l'addiction, qui n'est donc en rien liée à la religion ou à la morale. Cette particularité « pathologique » est à nouveau mise en lumière en 1784 par Benjamin Rush, dans son *Enquête des effets des spiritueux sur le corps et l'âme humains*. Pour lui aussi, l'abus d'alcool doit être relié à une maladie : l'« ivrognerie ». Elle devient une maladie à part entière, l'« alcoolisme », avec Magnus Huss en 1849. C'est à cette date qu'il rédige un traité sur l'« alcoolisme chronique ». Il faudra ensuite attendre 1880 pour entendre parler de « toxicomanie », qui elle regroupe tout type de substance, mais qui reste fortement liée à la psychiatrie. C'est finalement l'OMS, en 1964, qui parlera de « dépendance » (15).

Selon la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies), on peut poser un diagnostic de dépendance si au moins trois des manifestations suivantes ont été présentes en même temps au cours de la dernière année :

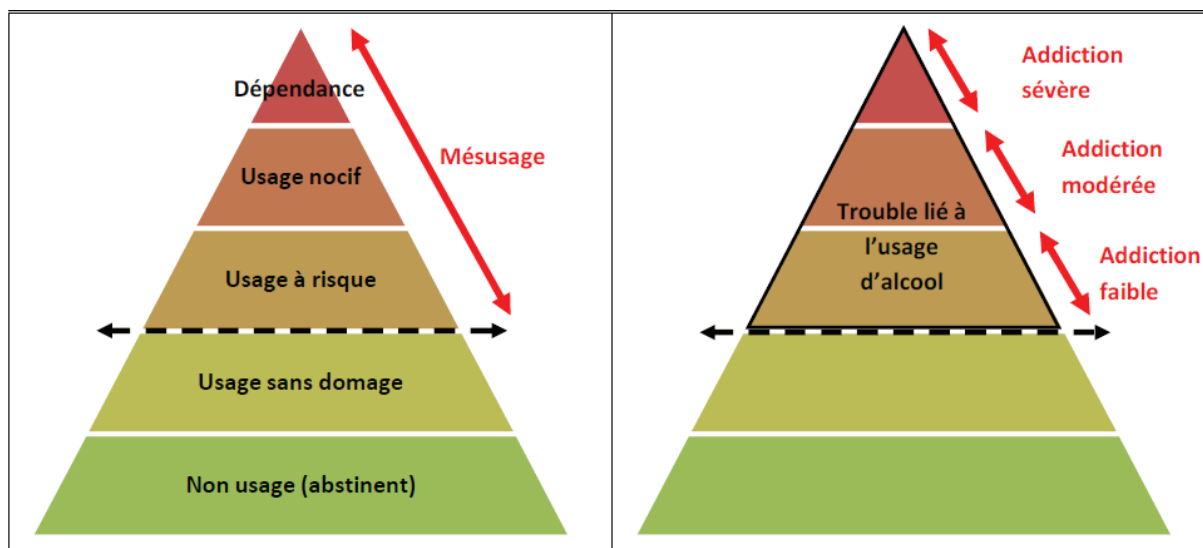
- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance ;
- syndrome de sevrage physiologique ;
- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive ;
- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts ;
- poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences nocives (16).

Selon le DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), deux des critères suivants au cours des 12 derniers mois sont nécessaires pour parler de dépendance, dont la gravité sera corrélée au nombre de critères obtenus :

- besoin impérieux et irréprouvable de consommer la substance ou de jouer (craving) ;
- perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu ;
- présence d'un syndrome de sevrage ;
- augmentation de la tolérance au produit addictif ;
- activités réduites au profit de la consommation ou du jeu ;
- beaucoup de temps consacré à leur recherche ;
- incapacité de remplir des obligations importantes ;
- usage même lorsqu'il y a un risque physique ;
- problèmes personnels ou sociaux ;
- désir ou effort persistants pour diminuer les doses ou l'activité ;
- poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques (17).

L'importance de l'addiction est proportionnelle au nombre de critères présents avec une addiction faible entre 2 et 3, une addiction modérée entre 4 et 5 et une addiction sévère à partir de 6.

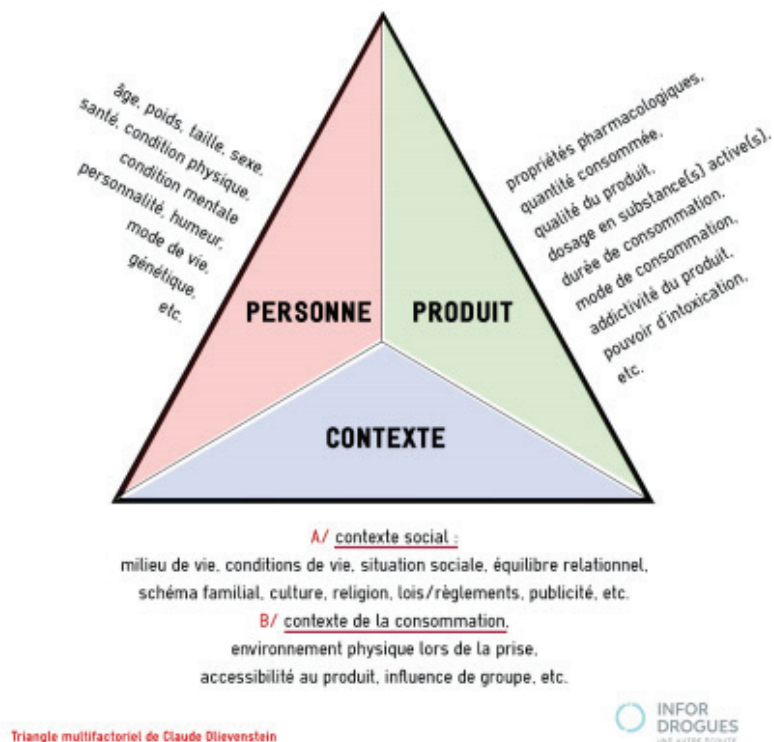
Ces deux classifications séparent différemment les niveaux de consommation, avec la notion de mésusage composé de l'usage à risque, de l'usage nocif et de la dépendance du côté de la CIM 10, et la notion de trouble de l'usage pour les différents niveaux d'addiction du côté du DSM 5 :



Comparaison de l'approche diagnostique entre CIM 10 et DSM 5 (18)

La principale différence entre ces deux descriptions est l'évocation dans le DSM 5 d'une envie d'arrêter le produit ou le comportement, ce qui sous-entend une prise de conscience du trouble.

Ces situations de dépendance sont issues d'une conjonction de facteurs, décrits par Olivenstein (19) :



En effet, ils comprennent la personne, le produit et le contexte de vie et de consommation. Cette représentation de l'addiction met en avant l'importance des éléments culturels, sociaux et environnementaux dans l'apparition de la dépendance.

De grandes modifications neurologiques s'établissent aussi lors de l'installation d'une addiction, conditionnée par l'activation du circuit de la récompense, en lien avec la sécrétion de dopamine. Au fil du temps, ce circuit s'altère, tout comme celui des émotions. Les capacités d'autorégulation, de prise de décision et la capacité à résister aux envies de consommer diminuent alors (20). Cliniquement, la dépendance est triple : physique, psychique, comportementale. Chacune de ces modalités peut s'exprimer différemment en intensité, selon le patient et le produit.

3) Conséquences

Comment ces produits connus de longue date, pourvoyeurs d'une pathologie également bien connue et décrite, influencent-ils notre société aujourd'hui ? Quelles peuvent être leurs conséquences ?

Les substances psychoactives les plus consommées en France sont l'alcool et le tabac. Ils sont respectivement responsables de 49 000 et 78 000 décès par an en France à la fin des années 2000, ce qui en fait un véritable problème de santé publique (21).



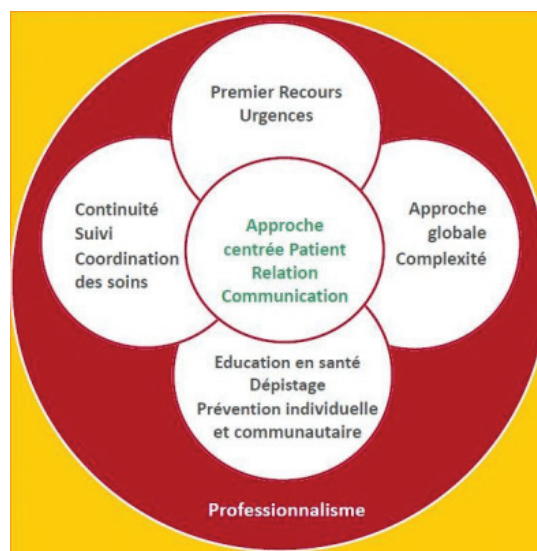
Campagne contre l'alcool au volant – 2011 (22)

Mais au-delà de ces conséquences somatiques, alcool et produits illicites sont également la cause de retentissements sociaux importants. En effet, on note une exclusion sociale plus importante chez ces consommateurs. De plus, ces produits sont responsables de nombreuses infractions relatives à l'usage et au trafic de stupéfiants ainsi que de délits routiers aggravés par l'alcool (21).

4) Médecine générale et dépendance

Le médecin généraliste est le principal interlocuteur des patients présentant une addiction. D'après le Baromètre Santé 2009, sur leurs 7 derniers jours d'exercice, les médecins généralistes interrogés déclarent avoir rencontré pour 68% au moins un patient dans la cadre d'un sevrage tabagique, et pour 51% au moins un patient dans le cadre d'un sevrage en alcool. Cependant, cette prise en charge est inégale, puisque 26% des médecins généralistes recevraient 75% des patients dépendants (23).

Ils restent au cœur du soin et de la prévention, en tant que premiers interlocuteurs des patients se débattant avec une addiction. Ils gèrent le premier recours, l'urgence liée à une problématique psychiatrique ou somatique. Ils permettent une continuité, un suivi, une coordination des soins entre les différents interlocuteurs d'une pathologie que l'on peut qualifier de complexe. Ils approfondissent la prise en charge en y incluant social et psychologique. Ils dépistent, éduquent et conseillent leurs patients sur les meilleurs marches à suivre. Ils les connaissent parfaitement, et adaptent ainsi leur façon de communiquer ainsi que leur approche. Ils s'investissent dans les soins et agissent en accord avec ces patients, qui gardent alors toutes leurs capacités de décision (24).



B. Femmes

1) Sexe ou genre ?

Comment peut-on définir une femme ?

Selon le dictionnaire Larousse, elle est un être humain de sexe féminin. Le **sexe**, lui, est défini par :

« Les *caractères physiques permanents* d'un individu, humain, animal ou végétal, permettant de distinguer, dans chaque espèce, des individus mâles et des individus femelles. » (25)

Hommes et femmes sont donc différents sur un plan biologique, via des attributs physiques innés.

Cependant, cette définition n'étant pas suffisante pour l'avancée de ses travaux, John Money est allé plus loin dans la réflexion, en utilisant pour la première fois en 1955 (dans un sens non grammatical) le terme genre. En effet, psychiatre, il était spécialisé dans ce que l'on appelait l'hermaphroditisme et le transsexualisme. Sa théorie reposait sur la découverte de « l'identité sexuée profonde » des enfants concernés, afin de la faire correspondre avec leur futur sexe anatomique. Cette première définition du mot genre a donc permis de mettre en lumière les notions de masculinité et de féminité (ou « identité sexuée profonde »), d'origine psychologique. Hommes et femmes seraient donc différents sur un plan physique, mais également psychologique. Ces attributs sont cependant toujours innés. De plus, sexe et genre sont ici voués à s'accorder (26).

Aujourd'hui, la notion de **genre** a évolué. On peut la définir comme :

« Un concept qui désigne les processus de *construction sociale et culturelle* des identités masculine et féminine. C'est un outil d'analyse des rapports sociaux de sexes et des normes qui différencient et hiérarchisent les rôles des hommes et des femmes dans une société. »

(27)

Simone de Beauvoir ira jusqu'à énoncer, dès la première ligne de son essai « Le Deuxième sexe » :

« On ne naît pas femme : on le devient. » (28)

Et en effet, Stoller définira la féminité comme une croyance et non une essence :

« Etant entendu qu'elle n'existe pas, qu'est-ce que la féminité ? C'est un comportement paraissant naturel, non conscient de soi, ordinaire, normatif (dont une part essentielle est un fantasme), typique et attendu des filles et des femmes, et non des garçons et des hommes (...) je la définis maintenant comme tout ce qu'une personne, une famille, un groupe ou une société considère comme féminité (...). La féminité n'est donc pas ce qui est, mais ce que les gens disent que c'est, une opinion. » (29)

Les études de genre étant nombreuses, sa définition peut varier selon les auteurs. On peut malgré tout retrouver comme point commun la notion de relation de pouvoir, plutôt en défaveur des femmes (30, 31). Le genre serait aussi et surtout une construction de nos sociétés.

Masculinité et féminité pourraient donc ne pas être identiques d'une population à une autre. C'est ce qu'a pu constater Margaret Mead, anthropologue durant la 1ère moitié du XXème siècle. Elle a effectivement consacré une partie de son travail à l'observation des comportements de différents peuples d'Océanie. Elle a ainsi mis en évidence la valorisation de caractéristiques « féminines », selon notre définition occidentale, comme la douceur et la sensibilité, chez les hommes ET les femmes Arapesh. Elle a également retrouvé la valorisation de caractéristiques « masculines », comme la combativité, l'agressivité, la compétition, chez les hommes ET les femmes Mundugumor. Dans ces populations, les mêmes aspects sont donc valorisés dans les deux sexes (26).

Si on peut donc définir une femme par ce qu'elle est, son sexe, on ne peut pas la définir par ce qu'elle représente, ce qu'elle évoque, ce qu'elle inspire. Et il en est de même pour l'homme !

2) Femmes et société

Les inégalités de genre ont eu, et ont toujours, un impact sur l'intégration sociale des femmes.

Hier

Sur le plan politique, le droit de vote et d'éligibilité a été donné aux femmes en 1944.

Sur le plan professionnel, l'égalité de rémunération entre femmes et hommes est votée en 1972. Cependant, le sujet est toujours d'actualité en 2018, avec la mise en place de nouvelles mesures pour atteindre cette équité. Les femmes mariées ont pu disposer librement de leur salaire en 1907. Elles ont eu le droit de travailler sans autorisation de leur mari et d'ouvrir un compte en banque à leur nom en 1965.

Sur le plan médical, l'avortement, considéré comme un délit depuis 1923, devient un « crime contre la sûreté de l'Etat » en 1942 et est puni de mort. Il est ensuite autorisé pour raisons médicales en 1955 et dépénalisé en 1975, via la loi dite « Simone Veil » (32).

Pour rappel, près de la moitié des avortements réalisés dans le monde sont non sécurisés, voire pratiqués « dans les pires conditions », c'est-à-dire par des personnes non qualifiées avec des méthodes dangereuses. On estime que 4 à 13% des décès maternels peuvent être attribués à des avortements non sécurisés, chaque année (33). De plus, des droits acquis peuvent être abolis, comme les avortements pour malformations graves du fœtus qui viennent d'être interdits en Pologne. Ils représentaient 98% des interruptions volontaires de grossesse dans ce pays. Seuls les avortements pour viol, inceste ou risque pour la santé de la femme sont désormais autorisés (34).



Manifestation en soutien à la loi Veil sur l'avortement, le 24 novembre 1979, quatre jours avant son réexamen à l'Assemblée – Alain Nogues – Géo (35)

Aujourd'hui

En ce qui concerne les études supérieures, les choix féminins et masculins sont différents. En effet, les femmes constituent moins de la moitié de l'effectif des filières sélectives et scientifiques : classes préparatoires aux grandes écoles (29% dans les classes scientifiques, 54% dans les classes économiques et commerciales, 74% dans les classes littéraires) et écoles d'ingénieurs (27%). On retrouve malgré tout une exception en médecine, odontologie et pharmacie, où les femmes représentent les deux tiers des promotions. Elles sont globalement de plus en plus diplômées.

En ce qui concerne le monde du travail, les différences se retrouvent en particularité sur le temps de travail et le salaire. En effet, elles sont plus nombreuses à occuper un poste temporaire (37% des femmes et 32% des hommes) ou à temps partiel (24% des femmes et 11% des hommes). Elles touchent également un salaire en moyenne inférieur de 9% à celui des hommes, pouvant aller jusqu'à une différence de 14% pour les diplômées du supérieur long.

En ce qui concerne la vie de famille, les femmes ont tendance à quitter le nid familial plus tôt que les hommes. Elles forment également plus rapidement une famille. Suite à une séparation, elles constituent la grande majorité des familles monoparentales (84%, et plus souvent chez les femmes moins diplômées). Reformuler un couple prend enfin plus de temps pour les mères de 25 à 34 ans (36).

Toutes ces situations expliquent une précarité plus importante chez les femmes. Elles présentent en effet un taux de pauvreté plus élevé que les hommes, notamment pour les plus jeunes (18-29 ans) et les plus âgées (plus de 75 ans). De plus, on considère qu'une famille monoparentale sur 3 est sous le seuil de pauvreté, ce qui concerne plutôt les femmes. Enfin, les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) sont en majorité des femmes (57%) (37).

Le genre a donc un retentissement sur l'inclusion des femmes dans la société et sur le rôle qu'elles y jouent. Comment expliquer ces différences ?

3) Femmes et médecine

La manière dont la différence des sexes peut être envisagée a beaucoup évolué au fil des siècles.

En effet, au IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate développe la théorie des tempéraments. Selon lui, le corps humain est composé de quatre éléments : le sang, la lymphe, la bile jaune et la bile noire, qui correspondent aux quatre éléments : le feu, l'air, l'eau et la terre.

Maintenir leur équilibre permet de préserver sa santé. Chez la femme, le tempérament global est plutôt froid et humide, d'où la présence des organes génitaux à l'intérieur, contrairement à l'homme, chez qui le tempérament est plutôt chaud et sec, d'où les organes génitaux à l'extérieur.

S'inspirant de cette théorie, Thomas Laqueur, historien du XVIII^{ème} siècle, considère donc que les corps masculin et féminin sont les mêmes, avec pour seule différence une inversion des organes génitaux. Cette notion de modèle équivalent aux deux sexes sera vite abandonnée au cours du XVIII^{ème} siècle, pour marquer les multiples différences entre hommes et femmes.

Effectivement, en 1804, une nouvelle loi, appelée « Code Napoléon », décrète que « *sont privés de droits juridiques : les mineurs, les femmes mariées, les criminels et les débiles mentaux* ». Il faut donc argumenter pour justifier ce statut attribué à la femme, et c'est ce à quoi vont s'atteler les médecins de l'époque en créant la « Nature féminine ». La taille du cerveau de la femme paraît alors à l'époque en être une preuve incontestable, comme le décrit le Dr Gustave Le Bon en 1879 :

« Les cerveaux de nombre de femmes sont plus rapprochés en taille de ceux des gorilles que de ceux des cerveaux mâles les plus développés. Cette infériorité est si évidente que nul ne peut la contester pour un moment ; son degré seul vaut la peine d'être discuté. »

La femme sera également définie essentiellement par rapport à son rôle de mère et d'épouse.

La maternité et la faiblesse seront les deux caractéristiques principales de ce sexe. Au cours du XIX^{ème} siècle, on attribue d'ailleurs à la femme un développement plus poussé des nerfs. Ce dernier entraîne « une plus grande irritabilité (...), des sensations plus vives », ce qui « empêche les femmes de faire usage de leur raison, soumises qu'elles sont à la tyrannie des sensations », et ce qui également « leur interdit tout effort physique et intellectuel trop important ».

L'utérus est lui aussi un objet de discussion et de fascination. Il fait la femme et sa fonction. Son dysfonctionnement fera d'ailleurs apparaître le terme d'« hystérie ». Le Dr Louyer-Villermay (XVIII-XIX^{ème}) la décrit comme « une névrose génitale de la femme, liée à une lésion du système nerveux utérin, elle-même due à des besoins sexuels inassouvis ». Et c'est donc le mariage qui permet sa guérison. Cette définition met en avant une dernière caractéristique féminine : l'incontrôlabilité.

Heureusement, le XIX^{ème} siècle fut aussi le siècle où la gynécologie a pu se développer (27).

Aujourd'hui, la définition des corps est plus objective, mais l'héritage des pensées des siècles derniers peut encore se ressentir, en particulier en ce qui concerne les codes sociaux à adopter. Ils influencent la façon dont une femme ou un homme manifeste un symptôme, et la manière de recevoir et d'interpréter la plainte du côté des professionnels de santé.

Nous le savons, l'infarctus du myocarde est une pathologie sous diagnostiquée chez la femme. Cette particularité porte le nom de « syndrome de Yentl », mis en lumière par Bernadine Healy, une cardiologue américaine, au début des années 1990 (38). Et pourtant, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès chez les femmes, bien avant le cancer du sein. Elles sont cependant chez elles plus facilement associées à une anxiété passagère. 56% des femmes en meurent, contre 46% des hommes. A contrario, c'est l'ostéoporose qui est sous diagnostiquée chez les hommes (39).

Pour finir, des recommandations pour mieux inclure les femmes dans la recherche ont été éditées par l'EASE (European Association of Science Editor) en 2016, sous le nom de SAGER (Sex And Gender Equity in Research) (40). Cette prise de conscience liée à l'importance du genre en santé et dans la recherche a débuté aux Etats-Unis dans les années 80. En France, elle n'a débuté qu'au début des années 2000, notamment à l'Inserm, qui a créé un groupe de travail sur ce thème en 2013 (39).

4) Femmes et addiction

Dans le domaine de l'addictologie, les études comportant une analyse avec distinction de genre ont donc débuté dans les années 2000. Or, « l'usage des substances psychoactives est un usage social et de ce fait ne peut être expurgé des codes sociaux de genre de nos sociétés contemporaines. Nier la spécificité du genre dans la relation des humains avec les substances psychoactives, c'est nier les rapports sociaux de sexe et les représentations qu'ils véhiculent » (41).

L'usage des produits psychoactifs a d'ailleurs évolué chez les femmes au cours du temps.

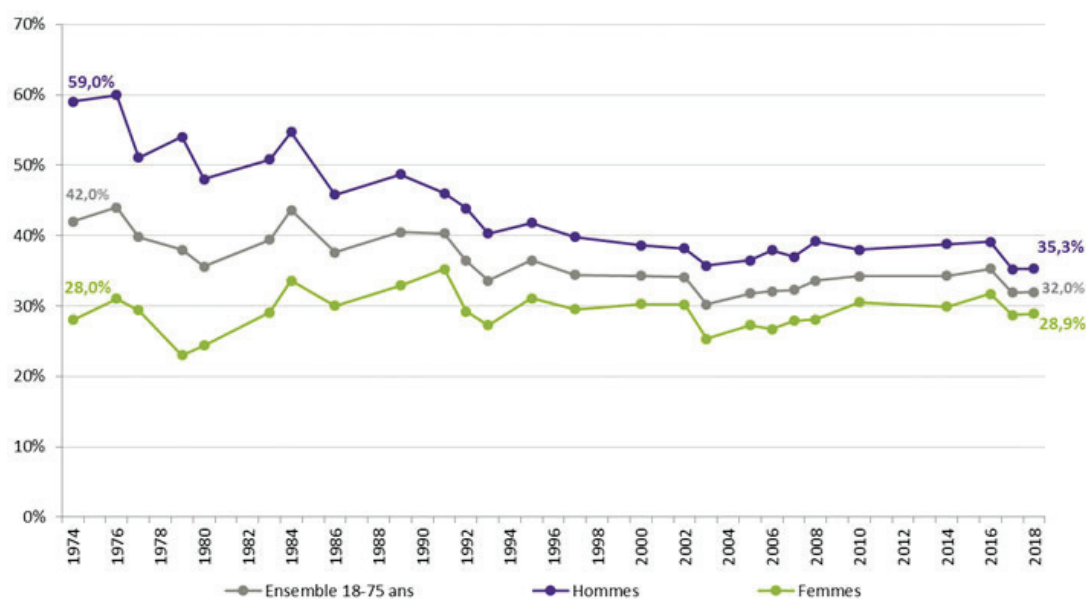
En ce qui concerne le tabac, jusqu'au XIX^{ème} siècle, une cigarette dans les mains d'une femme était associée à un comportement contestable... Fumer était par exemple l'apanage des prostituées (42).



Publicité Virginia Slims, marque créée par Philippe Morris pour les femmes – This is the one cigarette made just for woman. They're slimmer than the fat cigarettes men smoke. With the full, rich Virginia flavor women like (43).

Les premières à réellement initier une consommation de tabac ont été les femmes nées entre le baby-boom d'après-guerre et les années 1960. Ce nouveau comportement a été nettement favorisé par le marketing de l'époque qui mettait en lien consommation et émancipation des femmes, mais également beauté et féminité. Depuis 30 ans, les campagnes dénonçant les méfaits du tabac ont eu un réel impact sur la consommation des hommes, mais pas sur celle des femmes. En effet, celle des hommes diminue, quand celle des femmes reste stable (44).

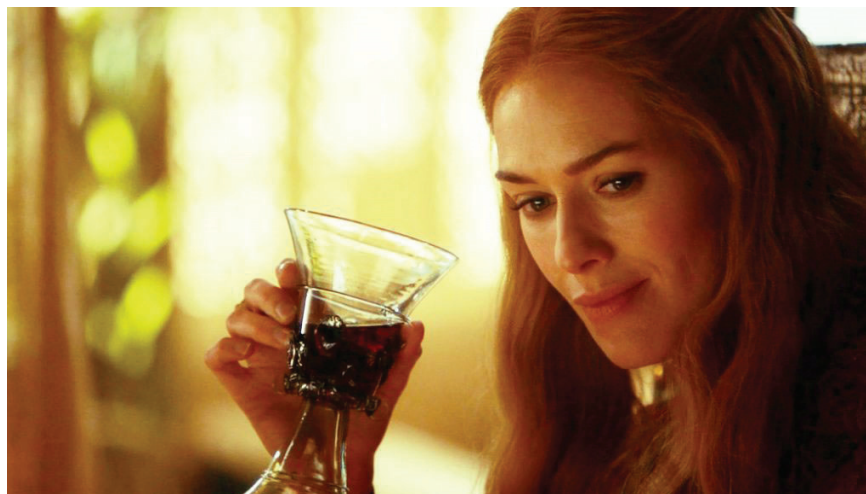
On observe d'ailleurs aujourd'hui une consommation homme/femme quasi équivalente :



Usage actuel (occasionnel ou régulier) de tabac parmi les 18-75 ans – OFDT (45)

En ce qui concerne le cannabis, les consommations entre hommes et femmes se rapprochent également, en particulier chez les plus jeunes. Elles le sont plus que pour l'alcool (44).

En ce qui concerne l'alcool, les femmes ne pouvaient pas le consommer, en particulier en public. En effet, ce comportement était considéré comme une mise en danger de la famille, contrairement aux hommes, pour qui il était valorisé de « tenir l'alcool ». Comme pour le tabac, l'alcool est ensuite devenu plus facile d'accès pour les femmes, plus acceptable. Les industriels et distributeurs d'alcool en ont donc profité pour développer des produits « féminins », axés sur la mode et les cosmétiques (44).



Cersei Lannister - Game of Thrones (47)

Les films et séries ont aussi mis en avant ce produit, en particulier le vin, quelle que soit sa couleur. Il est un marqueur « de réussite sociale » et « d'accomplissement au féminin ». Les héroïnes le consomment pour se détendre après une journée de travail difficile ou lors de « retrouvailles ». On peut ainsi le considérer comme un outil indispensable à un certain tableau féminin télévisé (46).

Au final, la dépendance est intrinsèquement liée au genre du consommateur. En effet, la dimension bio-psycho-sociale est essentielle dans le domaine de l'addictologie. Or, cette dimension peut être différente chez un homme et chez une femme, notamment par la place qu'ils occupent au sein de la société et du monde médical. La prendre en compte est donc indispensable.

II. Méthodologie

La réalisation de cette méthodologie a été permise par les ateliers sur la recherche qualitative, encadrés notamment par le Dr LAMORT-BOUCHE à la faculté de médecine de Lyon Est, et par le livre « Initiation à la recherche », de l'Association française des jeunes chercheurs en médecine générale (48).

A. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été menée via les bases de données proposées sur le site de la bibliothèque de l'université Lyon 1, et en particulier celles du CAIRN et de PubMed. Le Sudoc a également été consulté pour faire le point sur les différentes thèses et publications liées à la dépendance chez les femmes, sur un versant généraliste.

Les termes Mesh qui ont été utilisés sont : « women », « addictive behavior », « general practice », « general practitioners ». Leur traduction française s'est faite sur le site HeTOP : « femmes », « addiction », « dépendance », « médecine générale », « médecins généralistes ».

Différents ouvrages ont été acquis au cours de la recherche.

Cette exploration a permis de mettre en lumière la question de recherche suivante :

« Vécu du médecin généraliste face à une femme dépendante »

B. Type d'étude et objectifs

Selon une logique interprétative, l'étude a été menée sur un mode qualitatif. La méthode de recueil s'est tournée vers des entretiens individuels semi-dirigés, dans une perspective phénoménologique, où l'expérience vécue et située dans son contexte est analysée.

En effet, l'objectif principal de ce travail est d'explorer le vécu du médecin généraliste face à une femme dépendante. L'objectif secondaire est de déterminer quels outils sont mis en œuvre pour prendre en charge ces femmes. L'hypothèse de cette thèse suggère une différence de perception et de vécu du médecin généraliste entre une femme et un homme en proie à une addiction.

C. Canevas d'entretiens

Le canevas d'entretien a été réalisé suite aux recherches bibliographiques.

Des particularités liées à la femme dépendante ont effectivement été mises en évidence. Le canevas, divisé en trois grandes parties, les a explorées au sein de l'une d'entre elles. Les deux autres parties ont évoqué l'addiction en général, non genrée, et la femme en général, sans notion de dépendance.

Ces trois thèmes ont été abordés de manière aléatoire, en fonction des réponses données par le médecin interrogé, en particulier à la première question. Cette dernière avait pour fonction de faciliter l'échange, en permettant au praticien d'évoquer sa dernière expérience clinique en lien avec les addictions. En effet, cette notion était systématiquement abordée avant de débiter l'entretien. Cependant, la notion de femme l'a seulement été avant les deux premiers entretiens. En effet, d'après les médecins MG1 et MG2, le fait d'évoquer les femmes dès le début prêtait à confusion quand il s'agissait de parler d'addiction en général. Les quelques mots d'introduction ont donc été modifiés à partir du troisième entretien, tout comme la formulation de certaines questions.

D. Population étudiée

1) Recrutement

L'échantillonnage s'est fait auprès de médecins généralistes déjà connus, ou après demande par mail auprès de médecins appartenant au même tour de garde. L'objectif du recrutement était de toucher des femmes comme des hommes, de tous les âges, exerçant dans des lieux différents et avec une pratique différente, dans le but de recueillir un maximum d'opinions et de comportements. Le recrutement s'est donc déroulé selon un échantillonnage en variation maximale.

Ce recrutement a duré environ six mois, avec un premier entretien le 28 juillet 2020 et un dernier entretien le 16 janvier 2021. Ce recrutement s'est déroulé dans les départements de la Drôme, du Rhône et de Saône-et-Loire. Ils correspondent aux lieux de stage de l'étudiant-chercheur.

La taille de l'échantillon a été déterminée par l'étude elle-même : l'inclusion de nouveaux médecins s'est poursuivie jusqu'à « saturation des données », donc jusqu'à douze médecins dans cette étude.

2) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient d'exercer en tant que médecin généraliste, thésé ou non, et d'exercer dans un cadre libéral.

3) Critères d'exclusion

Le critère d'exclusion était d'avoir un exercice régulier dans un centre de soin en addictologie.

E. Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont majoritairement déroulés dans les cabinets médicaux des médecins interrogés. Ils ont aussi pu avoir lieu chez eux ou au domicile de l'étudiant chercheur.

Avant chaque entretien, le médecin était informé de l'enregistrement de l'échange afin de rester fidèle à ses propos. Il était mis au courant de l'anonymisation des données retranscrites par la suite. Il lui était demandé de signer un formulaire de consentement, signé par l'étudiant chercheur également. Il lui était rappelé son droit de quitter l'étude à tout moment s'il le souhaitait.

Les entretiens ont été doublement enregistrés, par l'application Dictaphone du téléphone de l'étudiant chercheur (Iphone 6 SE) et par un dictaphone (OLYMPUS VN-540PC).

Ces entretiens ont été retranscrits mot pour mot le jour ou le lendemain de l'échange.

F. Analyse des entretiens

L'étudiant chercheur ayant réalisé les entretiens et les retranscriptions a également mené l'analyse de ces données. Elles ont toutes été également analysées par le directeur de thèse, permettant une triangulation des données.

Cette analyse a permis d'identifier des mots et des expressions porteurs de sens. Les verbatims véhiculant les mêmes idées ont été sélectionnés en fonction de leur fréquence et de leur intensité. Ils ont ensuite été regroupés et hiérarchisés afin de pouvoir en retirer des grands thèmes, tout en restant au plus proche du contexte dans lequel les propos ont été énoncés.

Une analyse a été faite pour chaque entretien, avec une mise en page sur un document Word.

Un journal de bord a été tenu par l'étudiant-chercheur.

G. Aspect éthique

L'anonymat des participants a été maintenu. Chacun des médecins a été appelé « MGX », X correspondant à l'ordre de passage des entretiens.

Le secret médical a été strictement respecté par l'étudiant-chercheur et le directeur de thèse.

Aucun enregistrement audio et aucune donnée nominative ne seront conservés à l'issue de ce travail. Seuls resteront les verbatims anonymisés.

III. Résultats

A. Description de l'échantillon

Les entretiens ont duré de 17 minutes à 39 minutes, avec une moyenne de 27 minutes.

	Sexe	Age	Lieu installation	Durée installation	Formations particulières
MG1	F	30-39 ans	Rural	1 an et demi	PMI Planning familial
MG2	H	30-39 ans	Semi-rural	8 ans	Internat : stage addictologie, médecine pénitentiaire Violences femmes
MG3	H	40-49 ans	Rural	19 ans	Ostéopathie Entretien motivationnel
MG4	F	50-59 ans	Semi-rural	14 ans	DU addictologie
MG5	F	40-49 ans	Semi-rural	13 ans	Gynécologie Entretien motivationnel
MG6	F	60-69 ans	Semi-rural	32 ans	Aucune
MG7	H	60-69 ans	Rural	41 ans	Cancérologie
MG8	H	40-49 ans	Semi-rural	15 ans	Cardiologie Soins palliatifs
MG9	H	50-59 ans	Rural	22 ans	Urgences
MG10	F	< 30 ans	Urbain	Remplacement	Internat : stage addictologie
MG11	F	< 30 ans	Rural	1 an	Aucune
MG12	F	< 30 ans	Rural	Remplacement	Externat : stage addictologie

Sur les 12 médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude :

Sur les 12 médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude :

- 7 sont des femmes et 5 sont des hommes, soit 58,3% de femmes et 41,7% d'hommes ;
- on retrouve une moyenne d'âge de 44 ans, avec 3 médecins de moins de 30 ans, 2 médecins de 30 à 39 ans, 3 médecins de 40 à 49 ans, 2 médecins de 50 à 59 ans et 2 médecins de 60 à 69 ans ;
- on retrouve une durée moyenne d'installation de 16 ans, avec une fourchette de 1 an à 41 ans ;
- 6 médecins exercent en milieu rural, 5 en milieu semi-rural et 1 seul en milieu urbain ;
- 4 médecins déclarent une formation supplémentaire en addictologie et 3 médecins une formation ou une activité dans le domaine de la santé de la femme (dont un médecin en commun).

Les médecins généralistes 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9 sont Maîtres de Stage Universitaire, soit 8 sur 12.

B. Analyse des résultats

1) Consommations féminines

a) Profil

Il n'existe **pas de profil type** selon les médecins généralistes interrogés.

Elles sont toutes différentes : MG3 p6 l14-15

En effet, les femmes peuvent être **parfaitement insérées sur un plan social et professionnel...**

Elle est même, elle est infirmière. Il y a pas de problème social voilà : MG3 p5 l35-36

C'était une patiente quarantenaire, bien installée dans une vie professionnelle, qui avait un bon job : MG12 p4 l36 et p5 l1

... ou peuvent présenter des **difficultés en termes de transport ou de logement**.

Qui n'ont pas de permis, qui n'ont pas de voiture, alors peut-être plus aussi quand c'est des mamans de la PMI ou quand... c'est des dames que je vois au planning familial : MG1 p5 l35-37

Du coup... je pense même qu'elle a pas de logement à elle cette dame : MG10 p2 l27-28

La palette des âges s'étend de **18 à 60 ans**.

Une femme de 50-60 ans, 55-60 ans : MG4 p2 l1-2

Une patiente qui quand elle était jeune était alcoolique, mais 18-20 ans : MG8 p8 l24-25

L'addiction est donc envisageable **chez tout le monde**, sans condition de sexe, de revenu ou d'âge.

Ça touche vraiment... euh, toutes les strates de la population... euh, peu importe l'âge, le sexe, le niveau éducatif, socio-professionnel ou environnement familial : MG2 p2 l7-9

Même d'autres gens qui prennent d'autres drogues, mais l'alcool surtout, ça touche tout le monde, et toutes les classes de la société : MG12 p6 l8-9

b) Produits

8 médecins interrogés sur 12 ont spontanément évoqué des consommations d'**alcool**.

Une dame d'une quarantaine d'années, addicte à l'alcool : MG7 p1 l17

5 médecins sur 12 ont également mis en évidence des consommations de **tabac** chez leurs patientes, dont un médecin qui l'a associée à celle d'alcool.

Elle fume aussi, donc elle sentait la clope : MG10 p2 l25

C'est une dame éthylo-tab : MG5 p1 l22

5 médecins sur 12 ont ensuite parlé d'une consommation de **médicaments**.

Oui une patiente addictive aux médicaments, aux tranquillisants : MG8 p1 l17

J'ai pas trop fouillé son passif mais qui prenait, du Dafalgan Codéiné, du Tramadol, elle était suivie par un CSAPA qui lui prescrivait de la morphine en plus, euh... qui avait de la Paroxétine, qui avait un autre anxiolytique en plus, pour le soir alors c'était pas du Seresta mais un truc dans le même genre : MG12 p1 l18-21

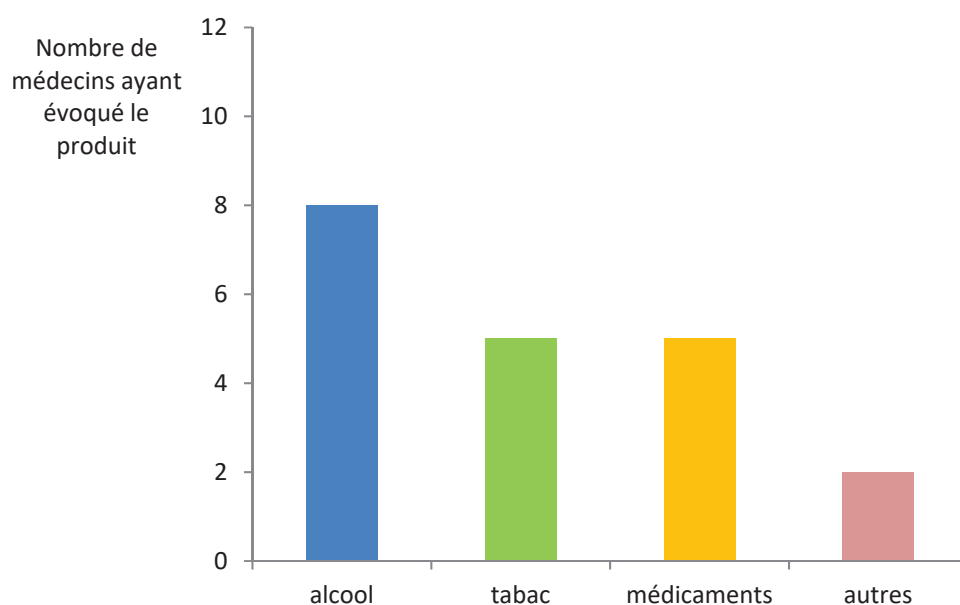
2 médecins ont enfin dévoilé la consommation d'**autres toxiques** et une **polyaddiction**.

Mais qui a priori était à l'origine du fait qu'elle soit tombée dans la drogue : MG12 p2 l7

Vu que c'était une polyaddiction, pour moi c'était intéressant qu'elle soit quand même resuivie là-bas : MG10 p2 l14-15

Ces produits sont considérés comme **différents entre les femmes et les hommes**.

Donc chez les femmes je trouve que les... substances sont différentes : MG1 p4 l22



Produits retrouvés chez les femmes dépendantes

c) Quantité

La quantité consommée est **moins importante chez les femmes.**

Elles peuvent moins se permettre des fois, d'avoir des excès trop importants : MG1 p4 l10-11

On voit un homme qui va boire régulièrement une certaine quantité et les femmes qui vont probablement boire moins : MG8 p5 l8-9

d) Prévalence

La dépendance est **plutôt associée aux hommes...**

Ma représentation ce serait que ce serait plutôt des hommes : MG3 p6 l12-13

... et **moins aux femmes**, que ce soit pour les médecins ou dans la société en général.

L'alcool surtout chez les femmes (...) c'est probablement aussi quelque chose qu'on sous-estime, ou qu'on voit pas, qu'on veut pas voir je sais pas : MG5 p2 l33-36

L'image de la femme héroïnomane, elle est moins... elle est plus dure à se mettre en tête, autant on voit beaucoup... euh, fin même dans les films etc. c'est plus les hommes, c'est vrai qu'une femme on a plus de mal à s'imaginer qu'elle s'est injectée : MG10 p4 l8-11

Elle je pense que ça venait du fait à la fois qu'elle avait un niveau social assez élevé, et que bah... je pense que dans l'inconscient collectif, le mec alcoolique chronique, c'est le mec qui vient de la cambrousse, ou le mec qui a un niveau de vie tout pourrave, qui est SDF dans la rue, mais pas la nénette cadre qui devient alcoolique chronique, suite à une rupture : MG12 p5 l29-32

Cependant, les médecins généralistes ont l'impression de **suivre plus de femmes dépendantes...**

Je vois beaucoup plus de femmes dépendantes que d'hommes dépendants. Parce que je vois peut-être beaucoup de femmes... (rires). Donc je suis biaisée : MG1 p9 l10-12

J'ai plus de femmes dépendantes, ce qui est bizarre : MG3 p6 l11-12

C'est vrai que jusque-là j'ai suivi je crois que des femmes, au niveau addicto : MG11 p3 l18

... au sein d'une **patientèle à prédominance féminine**.

J'ai une patientèle qui est quand même pas mal féminine, pas mal de mon âge aussi : MG4 p11 l17

J'ai à peu près 75% de femmes, mais c'est vrai que c'est... souvent des femmes : MG7 p5 l14-15

e) Causes

Les femmes peuvent consommer à visée **autothérapeutique**...

Les femmes c'est quand même beaucoup plus souvent un alcool médicament : MG9 p4 l10-11

...par exemple **anxiolytique**...

Les femmes utilisent l'alcool souvent à des visées... euh, c'est peut-être une idée de ma part, mais souvent à visée anxiolytique. Elles vont rentrer dans l'alcoolisation pour... euh, pour se détendre : MG8 p5 l32-34

... **sédative**...

Alors que les femmes, il y a souvent du lourd derrière : MG9 p7 l3

... ou encore **antalgique**.

Qui est sous Oxynorm et Oxycontin pour une douleur chronique de sciatique : MG4 p2 l2-3

Elles peuvent aussi consommer de manière **festive**...

Elle buvait pour le plaisir, elle buvait parce qu'elle aimait ça hein c'est tout : MG6 p2 l38-39

C'est une source de plaisir, elle le dit très bien, et qu'elle aime l'alcool en société : MG11 p4 l20

... mais **moins que les hommes**.

L'alcoolisation festive des femmes est quand même beaucoup moins marquée que celle des hommes : MG8 p5 l11-12

Les femmes c'est rare, très très rare, enfin j'en ai pas beaucoup moi en tout cas, des femmes qui ont l'alcool comme ça... festif : MG9 p7 l6-7

2) Femmes et mères dépendantes

a) Point de vue extérieur : quelles représentations ?

(1) Femme

Dans la société, les femmes dépendantes sont **jugées plus sévèrement** que les hommes...

Je pense qu'il y a énormément de jugement péjoratif (...). Mais j'ai l'impression qu'on est plus dur avec les femmes addictes. EC : En tant que médecin ou dans la société ? MG12 : Dans la société : MG12 p5 l10-20

... pour l'alcool, associé à **une perte de féminité et à des valeurs peu conventionnelles**...

C'est la société. (...) une femme qui boit c'est... c'est une trainée quoi. C'est, c'est une... c'est malheureux à dire mais c'est vraiment, c'est une trainée... moi je le pense pas hein ! Attention (rires) ! : MG4 p8 l13-15

L'alcool, surtout chez les femmes puisque c'est l'idée, c'est quelque chose où je pense qu'il y a un jugement de valeur de la société : MG5 p2 l33-34

En plus c'est pas du tout féminin que de boire. Dans nos représentations, le mec qui rentre chez lui qui boit sa bière c'est presque la normale, ça a un côté presque viril... euh, la nana qui rentre et qui s'ouvre une bière et qui se met sur le canapé, franchement, y'a pas du tout le côté... euh, séduisant et charmant qu'on veut attribuer à la femme : MG11 p6 l32-35

... mais pas pour le tabac, **plutôt bien accepté**.

Le tabac c'est pas pareil, c'est pas une question de respect de soi. C'est complètement différent, parce que ça se voit pas quoi, c'est pas du tout la même chose : MG6 p7 l2-3

Alors les gens addicts de base on n'est quand même pas très tolérants, sauf les tabagiques parce que c'est devenu lot commun : MG12 p5 l11-12

(2) Mère

La mère peut être considérée comme **plus importante pour les enfants** que le père...

Y'a eu tous les trucs sur la théorie des genres et ainsi de suite... moi je trouve qu'il y a pas de débat quoi. Se dire qu'une mère c'est comme un père... je sais pas si ça peut avoir un sens. Le rapport aux enfants n'est pas le même, ça n'a pas de sens : MG9 p9 l2-4

... or, elle n'est **pas en capacité de s'occuper de sa famille**, en particulier de ses enfants...

Là y'a en plus le jugement « oui mais t'es une mère », « comment tu peux te droguer en étant mère de famille... » : MG3 p6 l25-26

Pour les gosses aussi, elles s'isolent, elles s'en occupent moins, si elle est ivre le soir quand il y a les devoirs à faire on sait pas comment... pis le modèle qu'elle peut donner aussi ! : MG6 p4 l37 et p5 l1

... selon la société, elle est donc une **mauvaise mère**.

Comment ça s'est passé quand on lui a retiré ses enfants, (...) et voilà la vraie problématique de fond c'est ses problématiques familiales, qui ont fait d'elle une mauvaise mère et du coup elle s'est, elle est tombée là-dedans quoi : MG10 p1 l35 et p2 l2

T'as potentiellement une grossesse, un enfant, t'es la mère, t'as des enfants, tu dois t'en occuper mais non tu préfères te camé : MG12 p5 l21-22

b) Point de vue intérieur : quels ressentis ?

(1) Femme

La **perte de leur image « féminine »** est cruciale pour les femmes dépendantes.

Perte de l'image d'elles-mêmes aussi, elles se rendent compte qu'elles ont perdu ça, ou le mari commence à faire des réflexions « t'as vu la tête que t'as ? Je veux plus sortir avec toi » : MG6 p5 l6-8

Et en plus elle est arrivée dans un état... euh, elle fume aussi, donc elle sentait la clope, elle était sale, elle avait un masque qui je pense n'avait pas été changé depuis 15 jours, dans la salle d'attente les gens s'éloignaient d'elle parce qu'on sentait qu'elle était dans la précarité : MG10 p2 l24-27

(2) Mère

La **peur de perdre leur famille**, en particulier **leurs enfants**, est aussi majeure chez ces femmes.

La peur de se faire enlever ses enfants... ou la peur de jamais les récupérer s'ils ont déjà été placés des choses comme ça : MG2 p8 l10-11

Elle me disait qu'en fait à la base le souci c'est qu'on lui avait placé ses enfants, donc ses 3 enfants, elle m'a raconté exactement la scène, comment ça s'est passé quand on lui a retiré ses enfants : MG10 p1 l33-35

(3) Honte, culpabilité et souffrance

La **honte** est éminemment plus importante chez les femmes que chez les hommes...

Elle peut être des fois plus cachée, plus honteuse, je trouve, que les hommes : MG1 p4 l6

Les femmes elles ont honte de ça, elles ont honte de dire qu'elles se font taper dessus, elles ont honte de dire qu'elles ont une dépendance : MG4 p8 l19-20

Elles ont peut-être plus honte que l'homme d'ailleurs : MG7 p5 l30-31

J'ai l'impression qu'il y a un peu plus de honte chez les femmes à être addictes : MG12 p4 l35

... tout comme la **culpabilité**...

Je pense que la culpabilité elle est encore plus grande chez les... les différentes femmes que je suis ou que j'ai suivi... euh, qui étaient dépendantes. Et je trouvais que la culpabilité était encore supérieure à celle des hommes. Elles se sentaient vraiment... euh, encore plus coupables de consommer (...). Euh... voilà, je pense que c'est surtout la culpabilité : MG2 p6 l20-24

Avec cette dame qui est en demande de soin, il y a une difficulté de parler de son problème d'alcool (...), cette culpabilité aussi : MG11 p3 l19-21

... et la **souffrance**, dont l'origine n'est pas précisée.

Je tiens un dispensaire en Afrique et je travaille aussi en Arménie. Les femmes portent la souffrance, quelle que soit la culture. Les hommes aussi mais c'est différent : MG7 p12 l15-17

Peut-être que je dirais qu'il y a plus de souffrance, derrière l'alcool au féminin : MG9 p6 l33-34

Je pense que pour le coup c'est une souffrance bien plus profonde : MG11 p6 l15-16

3) Vivre en dépendance

a) Dissimulation

(1) Plus marquée chez les femmes

Les femmes **cachent** nettement plus leur dépendance que les hommes.

Je pense qu'elles cachent plus encore que les hommes... à cause de cette culpabilité : MG2 p8 l20-21

La femme elle en parle beaucoup moins : MG4 p6 l26

Donc ça c'est la première différence massive, c'est très caché : MG6 p4 l5-6

Les femmes... souvent c'est plus (silence), c'est plus caché déjà, c'est plus caché : MG9 p5 l21

(2) A la famille comme au médecin

Elles la cachent à leur **environnement proche** comme aux **professionnels** qu'elles consultent.

Cette dame, jeune femme qui... voilà, qui a du mal et qui a pas avoué à son mari : MG7 p5 l6-7

Par rapport aux enfants souvent c'est caché y compris en intra familial : MG9 p6 l24-25

Je sais qu'elle est alcoolique par son mari : MG5 p4 l14

(3) Via les apparences

Elles la cachent **en jouant sur leur apparence**, notamment via du maquillage...

La peau, les angiomes stellaires, la couperose qui apparaît alors qu'elle est jeune, tout ça, on voit bien au niveau physique, la dégradation, les couches de fond de teint pour masquer, pour camoufler : MG6 p4 l33-36

Les femmes... voilà, y'a... j'ai plusieurs exemples en tête de personnes qui se prennent des murges pas possibles et qui le lendemain matin vont au boulot, niquels, pimpants, pomponnés et tout voilà : MG9 p6 l1-5

... les conséquences esthétiques de leur consommation **paraissent donc moins importantes**.

Je trouve que ça se voit beaucoup moins... je pense que les femmes euh, font beaucoup plus gaffe à leur apparence physique (...) chez les femmes c'est très rare je trouve que ça se voit : MG5 p5 l1-4

Moi je l'aurais vue dans la rue jamais j'aurais dit qu'elle était alcoolique : MG12 p5 l2-3

b) Isolement

La dissimulation entraîne un **isolement psychique**, chez des femmes bien entourées par leur famille.

Je pense que la femme est plus seule. Des 3 dames dont je vous parle, c'est 3 dames qui ont été ou sont un peu seules, ouais. (...) Seules... non elles sont toutes accompagnées, mais elles sont seules parce que... elles ont peut-être plus honte que l'homme d'ailleurs : MG7 p5 l25-31

c) Entrée dans les soins plus tardive

La dissimulation les incite également à consulter une fois la **pathologie déjà bien avancée**.

J'ai le sentiment dans mes consultations que quand les femmes elles arrivent (...) on se rend compte que ça fait longtemps que ça dure, hyper longtemps : MG4 p10 l6-9

Il nous est arrivé de prendre au sein de l'association, enfin médicale, avec mes associés, de prendre en charge des femmes alcooliques (...), et souvent déjà c'est des formes très avancées : MG8 p5 l13-15

4) Conséquences

a) Retentissement somatique

(1) Plus important chez les femmes

Les complications physiques apparaissent **plus vite chez la femme**, via un métabolisme différent.

J'ai l'impression que la dégradation de l'état somatique, j'ai l'impression que c'est plus rapide. Je sais pas si c'est une vue de l'esprit, mais (...) j'ai l'impression que la dégradation de l'état général et les complications d'usage de la substance sont plus rapides : MG2 p9 l1-6

On voit un homme qui va boire régulièrement une certaine quantité et les femmes qui vont probablement boire moins mais on pense pas qu'elles ont un poids moindre, un métabolisme moindre et que finalement ça fait une quantité qui est trop forte pour elles : MG8 p5 l8-11

(2) Pathologies spécifiques

Ces complications physiques se manifestent notamment par l'apparition plus rapide d'une **cirrhose**.

Et puis on voit arriver des cirrhoses, on se demande d'où elles viennent : MG6 p4 l26-27

(3) Maternité

La principale complication en lien avec la maternité est le **Syndrome d'Alcoolisation Fœtal**.

Les gosses qui naissent avec un... un SAF tous les ans : MG4 p9 l3-4

Mais si elle est enceinte, qu'elle a un gosse, elle va faire un syndrome d'alcoolisation fœtale, le gamin peut faire un syndrome de sevrage à la naissance, elle va faire souffrir son enfant : MG12 p5 l13-15

b) Retentissement familial

(1) Enfants

La **prise de conscience des enfants**, vis-à-vis de la pathologie de leur mère, est mise en évidence.

Les enfants s'en rendent compte ! Au bout d'un moment, maman elle est bizarre, maman elle dort, elle s'endort sur le canapé, quand je rentre de l'école, ou elle dort sur le canapé quand je rentre de l'école : MG6 p5 l2-4

(2) Famille

La **perte de la place occupée par ces femmes au sein de leur famille** est également constatée.

C'est très destructeur parce qu'elles perdent leur place dans la famille : MG6 p4 l31

Donc c'est une dame qui a une triste histoire de vie, qui est (...) dans l'alcool grave depuis vingt ans, mais ça a été à l'origine de son divorce : MG9 p1 l21-23

5) Associations courantes

a) Psychisme

(1) Pathologies psychologiques et psychiatriques

Les femmes dépendantes peuvent présenter des **troubles d'ordre psychologiques...**

Dernier rebondissement c'est qu'elle reste quand même très très fragile dans sa tête : MG8 p2 l7-8

Rarement une urgence... un mal-être, un travail à démarrer, ça c'est sûr, un gros travail souvent : MG11 p7 l12

... voire psychiatriques.

Il y a effectivement quelques patients addicts et psychiatriques oui. C'est la différence entre faire de la psycho et faire de la psychiatrie hein. Il y a quand même des patientes schizo, parano, délirantes, où il faut faire attention quoi : MG7 p9 l20-22

(2) Syndrome dépressif

Parmi les pathologies psychiatriques, on retrouve en particulier le **syndrome dépressif**...

Pour moi c'est des gens dépressifs, oui oui... alors oui c'est l'idée que je me fais en tout cas des, des femmes qui boivent, et... euh, même sous antidépresseurs : MG5 p5 l29-30

... qui est considéré comme **plus important chez les femmes**...

Les tableaux dépressifs, notamment... euh, sont je trouve plus sévères, j'ai l'impression, dans mon vécu, qu'ils sont encore plus sévères que celui de l'homme dépendant : MG2 p8 l4-5

... et qui peut évoluer vers les **tentatives de suicide**, voire des **suicides**.

Et puis il y a des suicides aussi, quand elles voient qu'elles n'y arrivent pas, (...) deux fois : MG6 p5 l5-8

Trois tentatives de suicide : MG7 p1 l26

b) Violence

(1) Liée à la dépendance

Etre dépendant favorise les actes de violence, dont on peut être acteur ou victime.

Il y a quand même souvent un lien entre violence et addiction : MG1 p5 l4-5

Oui je sais que c'est un facteur de risque. Euh... quand on est sous l'emprise d'alcool, on peut être violent... mais on peut aussi se faire violenter. (...) donc je le prends dans les deux sens : MG2 p6 l1-3

(2) Liée aux femmes

Etre une femme augmente la probabilité de subir des actes de violence.

Elles doivent plus souvent être victimes de violences : MG3 p7 l22

Mais peut-être qu'on est plus à même de subir des violences, je suis pas quelqu'un de féministe, pas particulièrement, mais plus le temps passe, plus je vois à quel point les femmes sont... plus vulnérables dans cette société. C'est-à-dire que la société, (...) nous rend plus vulnérable, parce que oui, il y a ce rapport de force : MG11 p6 l23-27

(3) Triade dépendance-femme-violence

Des actes de violence chez une femme peuvent être la **cause** d'une dépendance...

Je pense que dans ma tête une femme qui est addict, je vais tout de suite me dire « est-ce qu'elle a été violée, est-ce qu'elle a subi des violences », en fait je me fais l'idée de la femme addict victime : MG12 p6 l32-34

... mais ils peuvent aussi en être la **conséquence**.

Etant donné qu'elle est alcoolique, elle se retrouve dans des états d'ébriété dans la rue, où, la dernière fois qu'elle est venue elle avait des bleus partout je pense qu'elle se fait frapper, j'ai pas pu creuser là-dedans mais je pense qu'il y a des violences quand même régulières sur elle, et... du coup, ça pose aussi la question de est-ce qu'il y a des agressions sexuelles, violences physiques c'est sûr mais est-ce que ça va plus loin : MG10 p4 l19-24

(4) Prostitution et inceste

La dépendance peut enfin avoir un lien de cause à effet avec la **prostitution** et l'**inceste**.

Faire le tapin pour gagner des sous pour payer sa dose : MG3 p7 l26-27

Très souvent, très souvent la problématique alcool c'est avec des problèmes de sexualité ou autre, je trouve, voilà les histoires d'incestes, vrais ou faux, symboliques ou pas, mais souvent y'a des problèmes, des frères, enfin des frères, familiaux, de... et du coup, effectivement, moi souvent ben les femmes c'est quand même beaucoup plus la famille : MG9 p9 l33 et p10 l1

6) Ressentis des médecins généralistes

a) Non spécifiques à la femme dépendante

Les médecins généralistes peuvent mettre en évidence un **inconfort** et une **insatisfaction**...

On va plus se sentir mal à l'aise parce que c'est quelque chose qu'on connaît pas : MG5 p5 l7-8

Je suis mal à l'aise parce que je fais pas mon boulot, j'ai l'impression de pas lui rendre service : MG8 p1 l30-31

... liés à la sensation d'atteindre leurs **limites**...

Mais je sais pas gérer. Et puis il vaut mieux peut-être pas gérer : MG7 p9 l22-23

Et du coup c'est là que je me suis dit, le CSAPA ça va être l'objectif parce que moi toute seule je vais pas y arriver. Faut que je sois aidée quoi : MG10 p2 l30-31

... mais également face à certaines situations, d'être **impuissants**...

On ne peut pas sauver les gens malgré eux : MG1 p2 l30-31

J'ai vu les choses s'envenimer et très difficilement, la possibilité d'amener ça (...) en consultation : MG6 p2 l9-10

... jusqu'à générer **une perte d'envie, de motivation**.

Tout simplement, des fois il y a des sujets qu'on a pas envie d'aborder : MG1 p6 l9-10

C'est à ce moment-là que ça a décroché, au bout de 3 consult alors qu'elle est alcoolisée qu'on peut pas discuter, bah c'est vrai que la motivation est moindre : MG9 p3 l2-3

Malgré un sentiment récurrent d'**échec**...

C'est celle qui prend le plus de place. Parce que j'ai l'impression de pas y arriver : MG11 p2 l20-21

Je pense que j'ai bien fait de la merde (rires) : MG12 p1 l35

... la **réussite** est aussi de la partie.

Si j'ai eu des succès avec l'alcool parfois : MG7 p2 l33 et p3 l1

On a l'impression d'être efficace et de l'aider, et c'est satisfaisant : MG11 p3 l6-7

b) Spécifiques à la femme dépendante

La **complexité** du lien avec une femme peut être importante, car la patiente doit se dévoiler.

L'alcool surtout chez les femmes puisque c'est l'idée, c'est (...) difficile à aborder : MG5 p2 l33-34

C'est probablement une des... relations les plus complexes que j'ai, avec une patiente que je suis actuellement d'ailleurs : MG11 p1 l13-14/On sait que ça va être riche, et à la fois, euh... éprouvant : MG11 p7 l21-22

Donc pour moi c'est une grosse valise, qui va falloir d'abord trainer, puis ouvrir, puis enlever des paniers dedans, réfléchir ensemble à ce qu'on garde, ce qu'on jette, comment on recycle... voilà y'a tout ça : MG11 p7 l26-28

c) Spécificités liées à leur genre

(1) Médecin femme

Sur 7 médecins généralistes femmes interrogées, 5 ont affirmé que **la prise en charge de femmes dépendantes était plus simple pour elles**, en mettant en évidence leur sexe commun.

Est-ce que cet abord-là, la différence elle est vraiment liée au sexe, ou il y a d'autres facteurs je sais pas. Peut-être que les femmes jeunes je m'identifie plus à elles et du coup j'ai un abord plus... plus simple, (...) la dame jeune maman je vais m'identifier à elle (...) mais c'est plus sur l'identification qu'elle va être différente je pense : MG1 p8 l36-37 et p9 l1-4

Bah déjà je suis une femme, donc je pense que ça, y'a un petit biais quoi. J'ai une patientèle qui est quand même par mal féminine, pas mal de mon âge aussi (...) Bah je pense qu'on peut pas mal papoter avec elles. Souvent on papote, on, on discute quoi, de choses et d'autres, puis les choses viennent petit à petit : MG4 p11 l16-24

Je pense qu'en tant que femme, et d'avoir une femme en face de moi, je.... me sentirais peut-être plus à l'aise de l'aider que peut-être qu'un homme en face de moi pour le même problème. Peut-être que le fait qu'on soit du même sexe, euh, je me sens plus proche et que j'aurai l'impression d'avoir plus d'armes pour les aider :
MG5 p3 l3-6

En vieillissant, si elles sont plus jeunes que moi, j'ai un abord « maternisant » : MG6 p4 l11

Il y a aussi une identification qui est plus forte parce que, en étant une femme, on peut aussi s'identifier au fait que quand on a des enfants et qu'on les perd c'est compliqué, donc... euh, y'a un transfert qui se fait :
MG10 p4 l5-7

Sur ces 7 médecins, 4 ont également pensé qu'un **échange de femme à femme permettait aux patientes de se sentir plus en confiance et ainsi de plus facilement se livrer.**

Euh... je dirais même que l'homme, l'homme est peut-être, vis-à-vis de moi, il est peut-être plus... un peu plus réservé. Je pense. Ouais je pense qu'elles se livrent assez facilement : MG4 p11 l16-24

Peut-être que ces femmes-là vont plus facilement parler à une femme ouais, j'imagine... qu'elles vont se sentir plus à l'aise d'aborder ça avec une femme : MG5 p5 l8-10

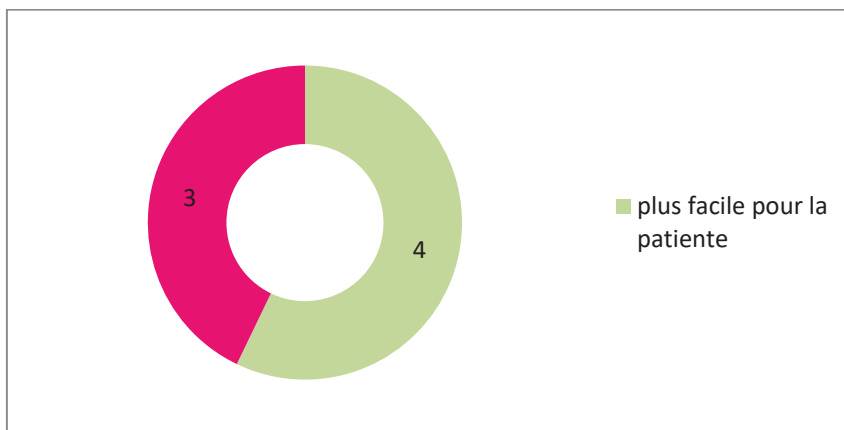
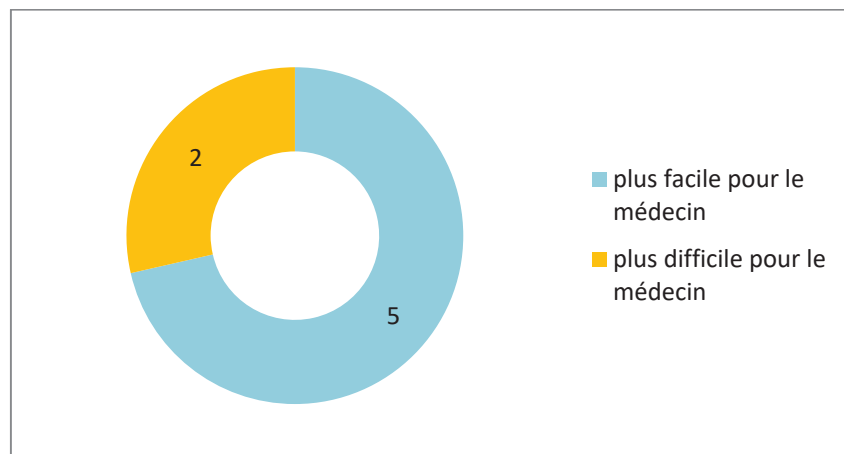
Non c'est plus facile je trouve d'aborder les problèmes psychologiques avec les femmes parce que je trouve, que, alors est-ce que c'est le fait que moi je suis une médecin femme je sais pas, mais je trouve qu'elles se livrent plus facilement là-dessus et elles vont craquer plus facilement entre guillemets, elles vont pleurer plus facilement ou livrer leurs angoisses : MG10 p6 l19-22

C'est vrai que jusque-là j'ai suivi je crois que des femmes, au niveau addicto, peut-être parce que je suis moi-même une femme, et que c'est plus facile d'en parler : MG11 p3 l18-19

Cependant, 2 de ces 7 médecins peuvent aussi être **mises en difficulté par ces patientes** et ce qu'elles peuvent leur renvoyer.

Enfin je me dis des fois que c'est aussi, euh, la projection personnelle quoi. Je pense que je, j'exècre de voir des gens ivres, voilà... je trouve, peut-être qu'il y a de ça aussi, mon idéologie personnelle ! : MG6 p6 l31-33

Même moi, moi je me dis que ma hantise c'est de devenir alcoolique : MG12 p5 l35-36



Prise en charge des femmes dépendantes par les médecins femmes

(2) Médecin homme

Sur 5 médecins généralistes hommes interrogés, 2 ont émis l'hypothèse que **les femmes pouvaient avoir plus de mal à se livrer à eux**, justement parce qu'ils sont des hommes.

Ces difficultés-là, de confiance que j'expliquais tout à l'heure, j'ai l'impression qu'elles sont encore plus marquées chez la femme : MG2 p8 l24-25

Ma représentation c'est que les femmes ont peut-être du mal à me dire... le mal que lui ont fait d'autres hommes puisque je suis un homme : MG3 p8 l3-4

7) Prise en charge des médecins généralistes

a) Non spécifique à la femme dépendante

(1) Communication

La première clef est de **porter de l'intérêt au patient...**

Donc quand elle vu que je m'intéressais vraiment à elle, à son histoire, à son enfance, je trouve que ça avait ouvert pas mal les voies : MG6 p2 l28-30

... avec **bienveillance...**

Avec le contact qu'on a, et la bienveillance qu'on a, on arrive à faire sortir des choses de nos patientes : MG5 p6 l9-10

... et sans **jugement...**

On veut pas être intrusif, on veut pas être dans le jugement : MG11 p7 l23

... pour établir une **relation de confiance.**

On a la chance d'avoir des relations privilégiées avec nos patientes : MG5 p6 l9

Donner du sens au suivi et à la démarche est fondamental...

Qu'est-ce que j'essaie d'apporter, (...) donner du sens à ce qui se passe et essayer de donner un projet de vie. Et si possible, quand je peux glisser ça... euh, projet de vie sans alcool : MG9 p2 l32-34

... tout comme le **soutien** que l'on peut apporter.

Après je sais pas ce qu'ils peuvent attendre d'autre que du soutien de ma part : MG1 p7 l27-28

L'**objectif** peut être donné par le patient...

Je lui laisse la possibilité de, de diminuer si elle veut : MG3 p5 l1-2

... comme par le médecin, qui peut réajuster les demandes.

Moi je lui ai dit que non, que c'était pas l'objectif pour le moment, que moi il fallait que je la cerne le mieux et donc j'ai remis le cadre, quand même : MG10 p3 l24-25

Finalement, la combinaison de ces façons d'être peut se résumer en une expression : le **don de soi**.

C'est donner de soi-même, du temps, de l'écoute, euh, d'essayer de comprendre, c'est vraiment donner de soi : MG6 p6 l23-24

(2) Outils de dépistage

La **première consultation** est centrale.

J'essaie déjà de dépister lors de la première consultation : MG1 p4 l28

Les questions sont souvent posées à titre **systématique**.

Leur poser systématiquement la question quand on prend les antécédents, la première fois, alcool combien. Ça de manière systématique la première fois : MG9 p3 l18-20

Elles sont principalement **ouvertes**.

J'ai appris les techniques de questions ouvertes, voilà, y'a des trucs (...) que tu remets en place tout à fait naturellement dans tes consultations : MG8 p7 l1-3

Si le doute persiste, la **demande est répétée**.

On pose la question régulièrement, on repose la question différemment : MG4 p6 l33-34

L'**examen clinique** peut permettre à lui seul de d'orienter sa prise en charge...

La peau, les angiomes stellaires, la couperose (...) tout ça c'est des petits signes, euh, j'y tiens, avec le Covid on approche moins des gens, mais sinon en examinant les gens on sent l'haleine : MG6 p4 l33-36

... tout comme la **biologie**.

La dernière dame dont je vous parle, c'est par la prise de sang : MG7 p7 l26-27

(3) Réseau et autres outils

Les patients sont parfois adressés à d'autres professionnels.

Par exemple, dans des **centres d'addictologie**, hospitaliers ou ambulatoires...

Elle a fait des cures : MG7 p1 l18

Elle revoyait le médecin du CSAPA pas trop longtemps après : MG12 p1 l36

... à des **médecins spécialisés en addictologie**...

On l'avait envoyée chez l'addictologue : MG8 p2 l24

... voire à des **psychiatres et psychologues**...

Elle avait la totale, on avait vu des psychologues, des psychiatres : MG7 p1 l26-27

... ou plus simplement, à d'autres professionnels au sein de la même **maison médicale**.

Il nous est arrivé de prendre au sein de l'association, fin médicale, avec mes associés, de prendre en charge des femmes alcooliques : MG8 p5 l13-14

Les **thérapeutiques médicamenteuses** font partie intégrante du soin...

J'ai une patiente qui est actuellement sous Méthadone : MG4 p2 l7

Comment ils mettent le patch, est-ce qu'ils utilisent des gommes à côté : MG7 p8 l19-29

... ce qui ne serait pas possible sans la collaboration des **pharmaciens**.

J'ai appelé la pharmacie dans laquelle elle prend son Subutex : MG10 p3 l26

Les **formations** sont enfin indispensables pour les médecins interrogés, qui peuvent avoir la sensation de ne pas avoir en assez bénéficié, et qui souhaiteraient qu'elles soient plus conséquentes.

Je pense que ça serait bien qu'on soit un peu plus formés : MG2 p11 l13-14

J'ai l'impression de pas du tout être assez bien formée : MG12 p3 l2-3

b) Spécifique à la femme dépendante

(1) Au cabinet

La manière d'aborder la patiente, notamment via l'**attitude** du praticien, est différente...

Donc chez les femmes je trouve que (...) la façon d'aborder les choses est différente : MG1 p4 l22-23

Une façon de se tenir probablement, une façon de s'installer, dans le fauteuil de consultation : MG4 p10 l23-24

... tout comme l'**écoute**, essentielle et dont l'objectif peut être multiple.

C'est ça la spécificité, c'est que c'est à mon sens une écoute un petit peu différente : MG4 p7 l23-24

Une écoute je pense déjà, une écoute en fait. Plus une écoute qu'une aide réelle en fait. Parce que justement comme elles s'expriment pas, contrairement à l'homme, l'homme il a toujours ses copains ou au travail, mais la femme elle s'exprime pas donc ici elle s'exprime je pense : MG7 p8 l4-6

Le dépistage est moins conséquent chez les femmes que chez les hommes...

Mais j'essaie d'être vigilante, et d'autant plus sur les femmes, parce que j'ai une de mes meilleures amies médecins qui a fait une thèse sur...euh, le tabac et les femmes et le fait qu'on les sous-diagnostiquait parce qu'on leur posait beaucoup moins la question de « est-ce que vous fumez ? » : MG1 p3 l21-24

Oui, ah oui, bien sûr, moi je me mets dans le sac, je suis probablement moins attentif à dépister l'alcoolisme chez les femmes que chez les hommes ça c'est clair : MG8 p6 l8-9

... notamment chez les femmes enceintes.

On passe pas assez d'énergie à expliquer aux gens, que l'alcool pendant la grossesse c'est pas forcément dose dépendant, c'est selon l'enfant, fin c'est pas du tout lié... fin, pas entièrement lié à la quantité : MG4 p9 l14-16

Il peut par contre passer par l'**examen gynécologique**, considéré comme un moment privilégié.

Je fais beaucoup de gynéco donc je leur pose la question pendant ce moment-là, c'est souvent propice : MG4 p6 l34-35

Et je me suis rendu compte de manière très très claire qu'en fait c'était pas la maternité ou la gynéco qui m'intéressaient, ce qui m'intéresse c'est ce moment de vulnérabilité. Durant lesquels on peut aborder des sujets qui sont complètement différents. Avec une approche différente : MG9 p9 l28-31

(2) Influencée par des facteurs indépendants du médecin

La **charge familiale** peut être un facteur favorisant les consommations chez les femmes.

Une fois qu'elles ont fait leur boulot, (...) fait leurs tâches ménagères, (...) géré les enfants : MG1 p5 l30-32

Elles vont rentrer dans l'alcoolisation pour... euh, pour se détendre et souvent se détendre d'une situation familiale (...). C'est « j'ai du mal à vivre dans ma vie de famille, je commence à boire pour supporter la charge mentale, ou le stress que ça procure, et du coup bah j'ai pas de raison d'en parler » : MG8 p5 l33-36

Leur **environnement proche** peut également être un obstacle à leurs soins.

Je me souviens très bien d'une dame, d'une patiente de mon ancien associé qui... euh, son alcoolisme a toujours été nié par la famille, fin même la famille voulait pas le voir : MG8 p5 l15-17

Quand elle a su qu'elle était enceinte, elle est arrivée chez lui et il lui a dit « tiens, je te donne de l'argent pour aller acheter deux bières, on va fêter ça » : MG10 p4 l24-30

Il peut aussi être le soutien qui les orientera vers les soins.

Son mari m'en avait déjà parlé en consultation (...), il est revenu et j'ai dit « oui est-ce qu'on peut avoir votre aide... ? », il me dit « oui moi c'est sans souci, je peux bien sûr » : MG6 p1 l31-33

Des appels de son frère qui dit « c'est pas possible, je suis prêt à faire n'importe quoi » : MG9 p2 l10-11

8) Temporalité

a) Manque de temps

Les médecins généralistes **manquent de temps** au quotidien, en particulier pour l'addictologie.

Y'a...euh, le temps qu'on a, de chaque consultation qui est trop court et que du coup on a pas le temps d'aller au fond des choses : MG1 p5 l25-26

Même si oui, c'est pas toujours simple de voir ses patients très fréquemment et qu'on a beaucoup de demandes et qu'on a déjà 35 rendez-vous par jour : MG11 p3 l36-38

b) Prendre le temps

Ils compensent donc en **augmentant la durée des consultations...**

Je prends vingt minutes par consultation, c'est un choix personnel : MG1 p6 l24

Je bloque quarante minutes pour tout nouveau patient, ce qui me permet de pouvoir poser toutes les questions que je veux poser : MG1 p6 l29-31

... mais également en **majorant la fréquence des consultations...**

Je faisais des prolongations d'arrêt de travail très rapprochées, ça me faisait bipolarité de la consultation, comme ça je noyais un peu l'affaire, et c'était bien : MG6 p3 l1-3

Donc je la voyais pratiquement toutes les semaines : MG7 p2 l10

... en particulier en **reconvoquant** les patients.

Mais le fumeur, je me vois pas lui dire « vous mettez vos patchs et on en reparle dans 6 mois » : MG7 p8 l22-23

T'as le loisir de pouvoir reconvoquer les gens pour pouvoir approfondir ce que toi t'as derrière la tête : MG12 p4 l19-20

Ils tentent ainsi de **prendre le temps nécessaire**.

De prendre le temps de demander les choses : MG4 p10 l24

Faut avoir les bons mots au bon moment, aller à son rythme : MG11 p7 l24

c) S'adapter

Le temps étant un allié, ils utilisent les **horaires de consultation** pour s'adapter au patient...

L'idée de changer les horaires de rendez-vous de consultation pour moi c'est quelque chose que j'ai trouvé très bien, parce que ça me permettait d'explorer sur la journée ce qui pouvait se passer : MG6 p2 l12-14

... tout comme les technologies plus récentes, **SMS et emails**...

Tout simplement par SMS, elle m'envoie un SMS : MG3 p1 l21

D'où l'intérêt du mail. Parce que si, voilà, on n'est pas toujours là non plus. Et voilà si on n'est pas là le jour où ils ont envie de parler, parce que ça peut leur prendre n'importe quand à n'importe quelle heure, ils écrivent : MG7 p9 l27-29

... et plus classiquement, les **visites à domicile**.

Tu vas toujours la voir à domicile ?//MG9 : Oui. Oh bah oui elle viendra jamais : MG9 p3 l5-7

IV. Discussion

A. Discussion de la méthode

La méthode de recherche de l'étude a été comparée aux critères COREQ pour l'écriture et la lecture des études qualitatives. La traduction française de M. GEDDA a été utilisée (49).

1) Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

Les entretiens individuels ont été menés par l'étudiant chercheur. Elle était interne en médecine générale au début des entretiens, puis Faisant Fonction d'Interne en addictologie à l'hôpital Fleyriat de Bourg-en-Bresse. Elle a donc validé son Diplôme d'Etude Spécialisée en Médecine Générale au cours de l'étude. Elle n'avait pas d'expérience en matière d'étude qualitative, mais a suivi les ateliers proposés par la faculté de médecine de Lyon à ce sujet. Son directeur de thèse avait déjà encadré une thèse qualitative menée auprès de médecins généralistes, sous forme de focus groupes.

Relations avec les participants :

Sur les 12 médecins, 4 étaient connus de l'étudiant chercheur et ont été ses maîtres de stage. Leur intervention, au cours des premiers entretiens, a permis à l'étudiant chercheur de gagner en confiance et de bénéficier de leur retour sur un plan méthodologique. En effet, l'évocation du sujet « femmes et addiction » avant l'entretien a pu poser problème. En effet, il générait une confusion quand il s'agissait de répondre aux questions plus générales sur la dépendance. Seule l'évocation du thème « addiction » a donc été proposée ensuite. Les 8 autres médecins ont répondu à un mail de recrutement ou ont tout simplement accepté une sollicitation directe de l'étudiant chercheur.

2) Conception de l'étude

Cadre théorique :

La perspective qui a été choisie pour la question de recherche est phénoménologique. Effectivement, l'expérience vécue et située dans son contexte devait être analysée. L'étudiant chercheur ne s'est pas focalisé sur le sens des mots ni sur la relation du médecin généraliste avec la société. Il ne s'est pas immergé dans la vie des personnes étudiées. L'hypothèse a enfin été établie au début de l'étude.

Sélection des participants :

Elle a été réalisée selon un objectif de variation maximale, pour recueillir le plus de points de vue. Les participants ont été contactés directement ou interpellés par un mail de recrutement.

Le nombre de 12 médecins est celui qui a permis d'arriver à saturation des données.

Les participants contactés qui ont refusé de participer à l'étude ont évoqué une patientèle peu orientée vers l'addictologie. Une fois l'étude débutée, aucun médecin ne s'est rétracté.

Contexte :

Les entretiens ont été menés principalement au cabinet des participants, mais pour 3 médecins il s'est déroulé à leur domicile et pour 1 médecin au domicile de l'étudiant chercheur. Ces espaces ont été choisis par les médecins. L'étudiant chercheur avait pour seule requête un lieu calme et paisible. Aucune autre personne n'était présente au moment des entretiens.

Les participants ont été un peu plus des femmes (7) que des hommes (5). Leurs âges se sont répartis relativement équitablement dans chaque dizaine. Leur durée d'installation a été très étendue, de 1 an à 41 ans. Enfin, la moitié des médecins ont mis en avant une formation soit en addictologie, soit en santé de la femme, voire pour un médecin dans les deux domaines.

La seule variable qui est restée assez fixe a été le lieu d'installation, rural ou semi-rural pour 11 participants sur les 12. Le dernier exerçait en milieu urbain. De plus, les 2/3 des médecins étaient Maîtres de Stage Universitaires, ce qui peut également homogénéiser les réponses obtenues.

Recueil des données :

Le guide d'entretien a été réalisé par l'étudiant chercheur et le directeur de thèse après une revue de la littérature. Les deux premiers entretiens ont été considérés comme des entretiens tests et ont permis une adaptation de la présentation de l'étude ainsi que la modification de certains termes. Les entretiens ont duré de 17 minutes à 39 minutes, avec une moyenne de 27 minutes. Ils ont tous débuté par une question « brise-glace » et n'ont pas été répétés.

Les enregistrements ont été faits avec le téléphone de l'étudiant chercheur et un dictaphone. La multiplication des supports devait permettre d'assurer le suivi de l'enregistrement malgré une panne. Il n'y en a pas eu. L'enregistrement vidéo n'a pas été retenu pour une question de confort. De plus, les entretiens ont pu se dérouler avec le port d'un masque chirurgical dans le contexte d'épidémie de COVID-19, ce qui a pu créer une autre barrière à un échange fluide et serein.

Des notes de terrain ont été prises à l'issue de chaque entretien, dans un journal de bord. Elles ont en particulier autorisé l'étudiant chercheur à exprimer ses ressentis, ainsi que des éléments notables pour l'analyse des données.

Les entretiens ont été retranscrits et analysés au fur et à mesure pour arriver à saturation des données après 11 entretiens. Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants.

3) Analyse et résultats

Analyse des données :

L'analyse des données a été réalisée par deux chercheurs : le directeur de thèse, le Docteur Eric Bernabeu, et l'étudiant-chercheur, Madame Julie Peiffer. La triangulation a eu lieu après l'analyse du dernier entretien. Les thèmes ont été identifiés à partir des données de l'analyse. Cette dernière a été réalisée sur un fichier Word. Les participants n'ont pas exprimé leur retour sur les résultats.

Rédaction :

Tous les thèmes et sous-thèmes qui ont été sélectionnés sont issus de l'analyse des verbatims. Chaque notion a été illustrée par les citations des participants. Toutes les citations sont identifiées.

B. Résultats confrontés à la littérature

1) Consommer quand on est une femme

Les consommations à risque et la dépendance peuvent toucher tous les êtres humains, quels que soient leur sexe, leur genre, leur statut social, leur niveau d'étude, leur emploi, leur âge... Cependant, l'étude de ces variables met en lumière une utilisation du produit/comportement qui est propre à chacun. La variable étudiée ici est celle du sexe et donc des différences entre hommes et femmes.

En population générale, la prévalence de consommation est plus importante chez les hommes que chez les femmes, sauf pour les médicaments psychotropes (50). Cette constatation, faite dans cette étude par les médecins généralistes, se confirme lorsque l'on regarde les chiffres des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en addictologie) et des CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues).

En effet, d'après l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) en 2019, la file active des patients en CSAPA comprenait 24% de femmes pour un suivi alcool ou tabac, 14% pour un suivi cannabis et 23% pour un suivi opioïdes/cocaïne/autres drogues illicites (51). De plus, toujours d'après l'OFDT en 2019, la file active des patients en CAARUD était composée de 82% d'hommes et de 17% de femmes (auxquels on peut ajouter 0,5% autres) (52). Les chiffres sont similaires dans les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) (19% de femmes) (44).

En moyenne, on retrouve donc 1 femme pour 3 hommes en CSAPA et 1 femme pour 4 hommes en CAARUD et CJC (39, 45, 46, 47, 48). Ces disparités peuvent être expliquées par différents éléments. D'une part, les femmes consomment moins que les hommes et en quantité moins excessive. De plus, elles sont moins adressées par la justice. Effectivement, en 2015, le pourcentage de femmes faisant l'objet de poursuites pénales pour Infraction à la Législation sur les Stupéfiants est plus faible (31%) que celui des hommes (43%). Elles bénéficient plus souvent de mesures alternatives aux poursuites. Enfin, la stigmatisation sociale et la prédominance masculine de ces centres se potentialisent et entraînent une mise à distance des soins (44).

Cette tendance est beaucoup plus claire et nuancée quand on l'explore par le prisme du produit.

En ce qui concerne l'alcool, selon l'OFDT en 2017, 10% des personnes entre 18 et 75 ans consommaient quotidiennement, dont 15% d'hommes et 5% de femmes. On retrouvait également 24% de personnes de la même tranche d'âge qui consommaient au-delà des seuils recommandés, dont 33% d'hommes et 14% de femmes (54). Cependant, bien que la différence soit toujours évidente, les consommations d'alcool chez les hommes et les femmes se rapprochent désormais. On le constate en particulier dans les pays les moins inégalitaires (44). En effet, les femmes des catégories socioéconomiques les plus élevées consomment en plus grande quantité et sur un mode plus régulier que les femmes moins favorisées. Ces dernières consomment moins en quantité et plutôt sous forme d'ivresses. Ainsi, plus le milieu social est aisé, moins il existe de différence entre les hommes et les femmes (41, 50). L'âge est aussi une variable qui modifie les habitudes de consommation, en particulier lorsque l'on parle d'API (Alcoolisation Ponctuelle Importante, soit au moins 6 verres en une seule occasion). Selon Santé Publique France en 2017, 54.1% des 18-24 ans ont déclaré une API au cours des 12 derniers mois, dont 41.9% de femmes et 66.2% d'hommes. Ces pourcentages diminuent ensuite progressivement avec l'âge, dans les deux sexes (55).

Pour résumer, les hommes consomment plus d'alcool que les femmes, en particulier en quantité. Cette différence se retrouve à tous les âges et dans tous les milieux sociaux. Cependant, plus le niveau socioéconomique est élevé, plus les consommations hommes-femmes se rapprochent.

En ce qui concerne le tabac, selon l'OFDT en 2017, 27% des personnes entre 18 et 75 ans consommaient quotidiennement, dont 30% d'hommes et 24% de femmes (54). Comme pour l'alcool, les pourcentages hommes-femmes se rapprochent, mais dans une proportion plus importante. Pour le tabac, on constate aussi un écart de consommation entre milieux sociaux. Effectivement, les femmes consomment sensiblement en même quantité d'un milieu à l'autre, mais c'est l'inverse pour les hommes qui consomment plus dans les milieux défavorisés que favorisés. On retrouve ainsi à nouveau une différence moins importante entre femmes et hommes dans les milieux aisés (41, 50). A l'âge de 17 ans, ce sont 26% des garçons et 24% des filles qui consommaient quotidiennement (54).

Pour résumer, hommes et femmes ont des consommations quasi équivalentes en tabac, quel que soit leur âge, avec tout de même une différence entre les milieux favorisés et défavorisés.

En ce qui concerne les produits illicites, toujours selon les mêmes sources, les consommations de cannabis, de cocaïne, de MDMA/ecstasy sont supérieures chez les hommes par rapport aux femmes. Seule la consommation d'héroïne à 17 ans aurait été équivalente entre hommes et femmes (54).

En ce qui concerne les médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs), les tendances s'inversent et ce sont indéniablement les femmes qui en consomment plus.

En 2017, les femmes bénéficiaient plus de remboursements pour des médicaments psychotropes (26%) que les hommes (16%). Cette constatation était aussi vraie chez les jeunes de 17 ans pour qui elle était encore plus marquée, avec un remboursement chez 30% des filles et 14% des garçons (54). Un « abord sexué des problèmes de santé » explique en partie ces prescriptions, que l'on retrouve d'ailleurs partout en Europe. En effet, une plainte somatique est plus facilement attribuée à une origine psychique chez les femmes (syndrome de Yentl (39), cf. introduction « Femmes et médecine »), qui elles-mêmes s'approprient plus ce diagnostic ainsi que leur rôle de patiente. En parallèle, les hommes ont plus tendance à nier une souffrance psychologique (44). Ces thérapeutiques sur ordonnance sont dans un premier temps maîtrisées par la prescription, puis évoluent vers de l'automédication, ou du mésusage. Cette subtile bascule est cependant difficile à quantifier (56). Dans une étude menée aux Etats-Unis sur la dépendance aux opioïdes, les femmes se procuraient également le produit sur ordonnance au moment d'une première consommation (57).

Cette importance du psychisme féminin peut être mise en lien avec la fonction des autres produits.

En effet, bien que les femmes consomment moins que les hommes en ce qui concerne l'alcool, le tabac, le cannabis ou les autres drogues, la fonction du produit n'en est pas moins importante pour elles : elle serait pour une majorité de femmes d'ordre autothérapeutique. On peut ainsi souvent retrouver une gestion de l'anxiété, comme d'autres émotions difficiles à vivre ou d'affects négatifs, ou de troubles du sommeil (58). La tristesse est aussi source de consommation, avec un objectif d'oubli. La solitude et l'ennui sont également propices à la recherche d'un état second (56).

Les syndromes anxio-dépressifs sont donc fréquents et plutôt à l'origine des consommations chez les femmes, contrairement aux hommes (44, 56, 58). L'intensité du syndrome dépressif peut même être mise en parallèle avec l'intensité de la consommation féminine. On note malgré tout également, toujours chez les femmes, une majoration des symptômes dépressifs dus aux consommations, ce qui met en avant l'influence réciproque entre dépression et consommation (59). Enfin, la douleur peut être modulée et atténuée par certains produits, par exemple les opioïdes mais aussi le tabac (57, 60).

Dans un autre registre, les femmes peuvent aussi consommer sur un mode festif, en particulier les adolescentes. Elles rechercheraient donc un effet désinhibiteur, euphorisant, permettant les rencontres et favorisant les liens sociaux. Cette fonction est cependant plus masculine (56). Malgré tout, ce mode de consommation peut être celui qui permet une entrée dans l'addiction (60).

Un autre rôle prégnant aux Etats-Unis est celui de perte de poids, avec l'utilisation de stimulants. Une recherche de trouble du comportement alimentaire est donc essentielle dans ces situations (61).

Les femmes consomment donc moins que les hommes, sauf pour les psychotropes. Leurs consommations sont également moins festives et plus auto-thérapeutiques, que ce soit sur un plan psychique ou physique. Il semble donc logique qu'elles consultent plus leur médecin traitant.

Effectivement, la médecine générale peut accueillir jusqu'à 70% de consultations de femmes (50). Selon d'autres sources, sur les 12 derniers mois, 91% des femmes sont allées voir leur médecin traitant, contre 84% des hommes. On retrouve des chiffres équivalents pour des consultations pour d'autres spécialités (71% des femmes, mais 57% si on retire les consultations de gynécologie, contre 47% des hommes) (27). Les femmes consultent donc plus leur médecin généraliste que les hommes. En ce qui concerne les addictions, on peut imaginer que la proportion de femmes dépendantes augmente, parallèlement à la proportion de femmes qui consultent, quel que soit le motif. De plus, les freins qui peuvent expliquer une existence plus faible des femmes en CSAPA et CAARUD se lèvent en cabinet de médecine générale. En effet, leur présence au sein de la salle d'attente ne préjuge en aucun cas de leur problématique face aux autres patients, en particulier des hommes. Les consultations sont toujours un colloque singulier entre le médecin et un seul de ses patients, toutes les confessions et émotions restent donc au sein de ce duo, contrairement à un groupe de parole composé de femmes et d'hommes inconnus. La prescription de médicaments psychotropes provient d'ailleurs du médecin traitant des patientes, à qui elles peuvent donc se confier... pourquoi ne le feraient-elles pas au sujet d'une addiction et de ses conséquences multiples ?

2) Etre femme et mère dépendantes

Les façons de consommer et les produits consommés ne sont pas tous vus de la même manière.

En tant que femme, consommer de l'alcool n'est pas toujours mal vu. En effet, on pourrait dire que ce comportement est même devenu « socialement encouragé », puisque synonyme de liberté et d'indépendance pour les femmes. Chez les plus jeunes, alcool rime aussi avec désinhibition et amusement (56). Toute la différence entre ce qui est socialement acceptable ou non se fait dans la quantité consommée et dans le retentissement que cette quantité a sur le plan comportemental.

Un même nombre de verres est plus facilement perçu comme excessif chez une femme que chez un homme ; les premiers signes d'ébriété sont aussi moins bien tolérés chez une femme (58). L'alcoolodépendance pousse elle vers l'exclusion (50). A l'opposé, la consommation de tabac est signe d'émancipation et d'égalité homme-femme, même au stade de dépendance (56).

La perception des consommations, et en particulier des pratiques addictives, est donc liée au genre, et la principale singularité de la dépendance au féminin est la perte de l'identité de genre. En effet, être un homme ou une femme implique un certain nombre de règles, bonnes ou non à adopter selon son genre, qui permettent un maintien de l'équilibre social et ainsi une approbation globale. S'éloigner de ces conduites communément acceptées reviendrait à déstabiliser l'ordre établi, ce qui pourrait provoquer un isolement, voire des actes de violence (29). Les femmes dépendantes s'éloignent de ces codes de féminité et ne peuvent plus être dans le « care », ou le soin, de leur corps, de leurs enfants, de leur conjoint. Du moins selon la société, qui estime que les rôles attribués aux femmes ne sont pas réalisables sous substance. Elles sont donc en quelque sorte défailtantes (62). Ce jugement peut être illustré par l'effet halo, qui se définit par l'attribution d'une caractéristique spécifique, positive ou négative, à une personne, une marque, une entreprise, etc. à partir d'une impression générale. Ce jugement est influencé par une perception générale, et non pas par une analyse objective (63). Cependant, les femmes dépendantes intègrent aussi ces préjugés.

En effet, l'acceptation des stigmates de consommation chez les femmes par les professionnels, mais aussi par elles-mêmes, est difficile. Elles se jugent et se sentent jugées par les autres, ce qui induit chez elles une sensation de perte de féminité : elles ne correspondent plus à l'« idéal féminin ». Cette perte passe par une dégradation physique comme culturelle, en lien notamment avec la maternité (62). Elle est illustrée par différentes publicités financées par l'Assurance Maladie, où l'apparence des femmes fumeuses est mise en avant. Cette apparence est considérée comme le levier qui permettrait un changement de comportement... mais est-elle vraiment source de motivation, ou au contraire un jugement dévalorisant supplémentaire (64) ?



En tant que mère, consommer est plutôt toujours mal vu. Effectivement, tout d'abord, les mères auraient plus envie que les pères d'élever leurs enfants. On peut le constater dans une étude Insee menée sur les rôles sociaux des femmes et des hommes. Le sous-titre de cette analyse, « L'idée persistante d'une vocation maternelle des femmes malgré le déclin de l'adhésion aux stéréotypes de genre », est parlant. Bien que les personnes interrogées ne considèrent pas que les femmes soient vouées à rester à la maison et que les hommes soient voués à aller travailler pour faire vivre le foyer (plutôt pas d'accord à 74%), elles pensent à 94% que pour les femmes la famille est aussi voire plus importante que la vie professionnelle. Pour les hommes, ce chiffre s'élève à 73%. De plus, 37% des répondants pensent que ce que veulent vraiment les femmes dans la vie, c'est un foyer et un enfant.

Enfin, lorsqu'on leur demande si un couple homosexuel peut aussi bien élever un enfant qu'un couple hétérosexuel, ils répondent oui à 47% pour un couple de femmes contre 42% pour un couple d'hommes. Les femmes semblent donc bien plus compétentes que leurs homologues masculins (65).

Or, si les mères veulent s'occuper de leurs enfants, elles ne peuvent pas consommer. En effet, comme cité précédemment, une femme dépendante n'est plus dans le « care », surtout vis-à-vis de ses enfants. Dans ce rôle plus que d'autres, l'abnégation, le dévouement, le sacrifice sont essentiels et donc incompatibles avec la notion de plaisir, surtout s'il se fait au détriment des enfants. Cette image de « mauvaise mère » est encore plus importante chez les femmes les plus pauvres et qui présentent des comorbidités psychiatriques (62). Ainsi, l'addiction invalide les femmes dans leur rôle de mère, en partie à cause des représentations de certains professionnels de santé (50). Cette réalité est encore plus vraie chez les femmes toxicomanes. En effet, on considère que leurs grossesses sont involontaires, par manque de contrôle de leur corps et de leur sexualité. De plus, elles peuvent confondre symptômes de manque et symptômes de la grossesse, qui est donc découverte tardivement. Leur accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse est ainsi plus restreint. On considère également de manière générale qu'elles ne sont pas assidues en termes de suivi de grossesse, qu'elles ne font pas les examens recommandés, qu'elles perturbent les services. Tous ces éléments les discréditent bien avant la naissance de l'enfant : seront-elles capables de s'en occuper correctement ? Et finalement, portent-elles un quelconque intérêt à cette grossesse ? Enfin, on peut imaginer que ces grossesses vont se répéter, avec placement des enfants qui ne vivront et ne profiteront pas de leur propre mère. Cependant, parfois, la grossesse est idéalisée par la mère et par les professionnels de santé. Effectivement, cet enfant en devenir pourrait combler un manque d'amour, permettre un déclic et ainsi éloigner la dépendance. Il mène à un sentiment de plénitude qui autorise une mise à distance du produit. Mais cette période est aussi appelée « lune de miel », car elle ne dure que qu'un temps, jusqu'à l'autonomisation de l'enfant (66).

Il est important de souligner que les femmes elles-mêmes intègrent ces idées. En effet, parmi les personnes qui consultent en CSAPA, autant d'hommes que de femmes vivent sans autre adulte sous leur toit. Par contre, beaucoup plus de femmes vivent uniquement avec leurs enfants, ce qui explique que cette problématique soit plutôt féminine (44). Chez les femmes toxicomanes à nouveau, les images qui peuvent bousculer les professionnels de santé sont totalement admises par les femmes. Elles ont peur que leur enfant leur soit retiré, de mal s'en occuper, d'être une mauvaise mère. Ces idées peuvent les inciter à repousser une grossesse et leurs envies de maternité (50). Lorsqu'elles apprennent leur grossesse, elles peuvent la cacher, de peur qu'on les incite à recourir à une Interruption Volontaire de Grossesse. Elles peuvent aussi négliger le suivi à la maternité pour éviter le placement de leur enfant. Or, on sait que le risque de prématurité est plus lié au manque de suivi qu'à la prise de drogues (56, 66). Ce sujet est d'ailleurs souvent abordé sur le site PsychoActif dans l'onglet « Paroles de femmes ». On y retrouve pas moins de 40 sujets sur le thème de la grossesse et des traitements substitutifs aux opiacés, 13 sur le sevrage du nourrisson et 12 sur la discrimination (67).

La dépendance est donc vécue différemment entre hommes et femmes. En attestent les sentiments de honte et de culpabilité qui sont majeurs chez les femmes, et moins retrouvés chez les hommes (44, 50, 56, 62, 68, 69).

La stigmatisation qui entoure les consommations et la dépendance au féminin génère ces ressentis. Mais que représentent concrètement une honte et une culpabilité ? La honte est un sentiment d'abaissement, d'humiliation qui résulte d'une atteinte à l'honneur, à la dignité. C'est la crainte d'avoir à subir le jugement défavorable d'autrui. La culpabilité est un sentiment de faute ressentie par un sujet, que celle-ci soit réelle ou imaginaire, c'est l'état de quelqu'un qui est coupable d'une infraction ou d'une faute (70, 71). Ces définitions nous permettent de comprendre la genèse d'une souffrance liée au regard des autres mais aussi au regard que ces femmes ont sur elles-mêmes. On note que la honte et la culpabilité sont plus marquées chez les femmes précaires (50). Cependant, la culpabilité pourrait être maîtrisée ou diminuée par une redéfinition de la fonction de l'usage, comme par une autonomisation de ces femmes et un accès plus important à une certaine liberté (62). Ces propositions sont malgré tout à double tranchant, puisqu'elles s'éloignent à nouveau des stéréotypes de genre féminin, qui ne considèrent pas l'ambition et le désir d'indépendance comme compatibles avec une vie de famille saine (69). De plus, honte et culpabilité sont souvent peu différenciées, alors que leur implication dans un problème d'addiction à l'alcool n'est pas la même.

La honte peut entraîner sentiments d'infériorité et d'impuissance. La ressentir peut générer problèmes psychologiques, colère, faible estime de soi. La culpabilité est elle contraire à ces notions. Elle peut certes entraîner remords et regrets, mais également le besoin de soulager des émotions négatives par la réparation. Elle permet donc une adaptation, via une empathie accrue et des réponses constructives à la colère. C'est ainsi que la honte peut être considérée comme aggravant la problématique alcool, quand la culpabilité sans honte est un facteur protecteur de la dépendance. Ces facteurs émotionnels, comme l'environnement du patient ou l'influence des pairs, sont des éléments dynamiques, centraux dans les thérapeutiques et vecteurs de changement, contrairement aux éléments statiques, comme la prédisposition génétique, la personnalité, le tempérament, qui permettent de comprendre l'entrée dans l'addiction mais sur lesquels on ne peut pas intervenir (72).

3) Vivre et grandir en dépendance

La stigmatisation, la honte, la culpabilité se suivent et peuvent logiquement induire une dissimulation des consommations chez les femmes, et en particulier chez les mères, qui sont plus socialement visibles (69).

Pour les parents usagers d'opiacés, il est important de cacher leurs consommations à leurs enfants. En effet, la plupart d'entre eux pensent que l'exposition de leurs enfants à leurs consommations est nocive ; ils font donc des efforts pour leur dissimuler ces activités, avec plus ou moins de réussite. Ils peuvent consommer dans une autre pièce, fermée à clef, ou tout simplement quand les enfants ne sont pas présents. Ils peuvent aussi les inciter à pratiquer des activités en dehors du domicile familial. Cependant, 4 parents sur 10 admettent que ces techniques d'évitement ne sont pas toujours efficaces : leurs enfants les ont déjà vus consommer. Les facteurs qui favorisent cette exposition sont le jeune âge (avant l'école), la consommation des parents tout au long de la vie de l'enfant, le début de l'addiction avant la naissance et le niveau de l'addiction. La dissimulation touche aussi l'achat ou la vente du produit et la prise de Traitements Substitutifs aux Opiacés. Pour ces derniers, ils peuvent mentir et attribuer le traitement à une autre pathologie.

Si cette dissimulation est si importante pour les parents, c'est pour ne pas altérer l'image que leurs enfants peuvent avoir d'eux, en particulier pour les mères (peur d'être une « mauvaise mère »).

Mais c'est aussi pour les protéger eux de la stigmatisation, et pour protéger la famille au complet, par exemple d'une expulsion. Certains parents peuvent cependant considérer qu'il est important pour leurs enfants de connaître l'existence de leur dépendance. Leur principale motivation est de les dissuader de consommer le produit en leur montrant quelles en sont les conséquences (73).

Les femmes dissimulent aussi leur dépendance à leur médecin, comme vu précédemment, particulièrement lorsqu'elles sont mères ou sur le point de le devenir, afin d'éviter un placement (66).

Cette dissimulation peut passer en partie par le contrôle de leur apparence physique. Les femmes peuvent effectivement y avoir recours afin de masquer les traces de consommation, ce qui leur permet de retrouver un peu de leur féminité perdue et ainsi de limiter la stigmatisation (50). Leur apparence semble ainsi moins altérée que celle des hommes. Or, pour exemple, l'effet du tabac sur le vieillissement cutané est important, notamment au niveau des rides, surtout chez les femmes (74). Cette impression de maintien de l'apparence physique chez les femmes serait donc plus un leurre qu'une vérité, et un moyen pour elle de garder un certain contrôle.

Cacher ce qui envahit peu à peu son quotidien est vecteur d'isolement, dans un premier temps affectif. Les amis s'éloignent, la famille également, pour ne pas se confronter à ce qui génère de la honte aussi dans l'entourage. Puis l'isolement devient social, toujours via la stigmatisation de l'addiction, mais aussi par les pathologies psychiatriques qui peuvent s'ajouter, ou par une grossesse. Plus les femmes s'isolent, plus elles deviennent précaires, plus la dépendance se majore, et plus elles se sentent coupables. Les femmes alcoolodépendantes sembleraient se cacher plus que les autres consommatrices (50). Les femmes opiodépendantes sont quant à elles plus à risque d'affronter des retentissements d'ordre, familial, social et professionnel que les hommes opiodépendants (57).

La dissimulation et l'isolement rendent l'accès aux soins plus complexe. Effectivement, les différents obstacles sont d'ordre familial, notamment quand le conjoint consomme aussi ou qu'il refuse que sa compagne accède aux soins ; d'ordre social, avec une stigmatisation qui est une véritable barrière au traitement ; d'ordre pratique, avec la garde des enfants pour une mère vivant seule par exemple ; et enfin d'ordre financier. L'ambivalence vis-à-vis du produit joue aussi, ainsi que la confiance que la patiente peut avoir en son nouveau traitement. Le manque d'options acceptables pour elle peut également l'éloigner du cabinet de son médecin traitant ou d'autres centres spécialisés (50, 59, 68, 75).

Les femmes vont donc consulter plus tardivement, avec plus de problèmes physiques et/ou psychiques (56). En CSAPA, les femmes alcoolodépendantes qui arrivent en soin sont en moyenne plus âgées et plus dépendantes que les hommes. Cependant, les femmes qui consultent pour consommation de substances illicites ou de médicaments psychotropes sont plus jeunes. Et en ce qui concerne les femmes consommatrices de cannabis, elles sont soit plus jeunes soit plus âgées.

Les femmes de 25 à 45 ans consultant très peu, on peut se poser la question de la maternité comme facteur protecteur (44). Toutes substances et tous comportements confondus, les femmes qui consultent en CSAPA et CAARUD sont finalement plus jeunes que les hommes. En CAARUD, elles ont en moyenne 2 ans de moins que les hommes (38 ans contre 40 ans) et 10% d'entre elles ont moins de 25 ans (contre 5% des hommes) (52).

Sur le plan somatique, de nombreuses études suggèrent que, quel que soit le produit, leur impact est différent chez les hommes et les femmes, avec des conséquences plus rapides et plus importantes chez les femmes. Différents mécanismes sont en jeu : le volume de distribution, qui est plus faible chez les femmes (moins de masse musculaire, plus de masse adipeuse) (41, 56, 76, 77) ; l'alcool déshydrogénase (ADH), qui métabolise l'alcool au niveau gastrique, a une activité plus faible chez les femmes ce qui entraîne un métabolisme de premier passage moins important (56, 76, 77) ; les contractions antrales sont elles aussi plus faibles chez les femmes, ce qui ralentit l'élimination de l'alcool (56). En somme, entre un homme et une femme du même âge, qui font le même poids et qui ont consommé la même quantité d'alcool, c'est la femme qui aura l'alcoolémie la plus élevée. Les troubles de l'usage s'installent donc plus rapidement (56). On note aussi un métabolisme de la nicotine plus rapide chez les femmes (76). Mais les hormones ne sont pas en reste. En effet, elles jouent un rôle dans la neurotransmission en cas de consommation de psychotropes. Les œstrogènes plus particulièrement sont en partie responsables du *craving* en cas de consommation de cocaïne et d'amphétamines (41, 77). En effet, les œstrogènes améliorent la libération de dopamine dans le striatum dorsolatéral (SDL) mais pas dans le noyau accumbens (NA). Or, l'étude qui l'affirme part du postulat suivant : le passage d'un usage simple à une addiction passe par une libération plus importante de dopamine dans le SDL et moins importante dans le NA, ce qu'induisent les œstrogènes. Les hormones interagissent donc fortement avec le système de la récompense. Ainsi, les femmes passent plus vite de l'usage simple à la dépendance pour la cocaïne aussi, ont un syndrome de sevrage plus important et reconsomment plus vite après un sevrage que les hommes (78).

Les conséquences sont sensiblement les mêmes que chez les hommes, avec quelques différences. Pour la consommation d'alcool, les femmes sont plus à risque de développer des pathologies hépatiques et gastro-intestinales, cardiovasculaires (dont l'hypertension artérielle), neurologiques. Les troubles cognitifs sont particulièrement favorisés par le *binge drinking*, que l'on retrouve chez les jeunes filles. On retrouve aussi une atteinte du système immunitaire plus importante. La prévalence de certains cancers est enfin plus élevée (sein, foie, colon, rectum, bouche, gorge) (56, 59, 79). Pour la consommation de tabac, le risque cardiovasculaire, et surtout coronarien, est plus élevé chez femmes, probablement en lien avec l'utilisation des contraceptions œstro-progestatives (56). La prévalence de certains cancers est également plus élevée (sein, ovaire, gorge, poumon) (59, 79). Cependant, pour le cancer du poumon, cette affirmation est discutée et certaines études affirment que les femmes ne sont pas plus sensibles à l'effet carcinogène de la fumée de cigarette au niveau pulmonaire (80). Effectivement, les études ne s'accordent pas, au moins aux Etats-Unis et au Canada. La clef reposerait peut-être dans une étude différenciée selon le type histologique du cancer (81).

L'exemple de la cirrhose est assez parlant en termes de spécificités hommes/femmes. En effet, elle apparaît plus rapidement chez les femmes, via l'interaction de l'alcool avec les oestrogènes (56).

Les cellules de Kupffer sont des macrophages hépatiques qui s'activent en présence d'endotoxines, dont l'alcool, ce qui provoque une réaction inflammatoire. Or, les oestrogènes rendent plus sensibles ces cellules aux endotoxines et induisent ainsi de sévères lésions hépatiques (test chez le rat) (77). Le risque de cirrhose chez les femmes est aussi majoré par la fréquence et la quantité consommée, ainsi que par une consommation en dehors des repas (82).

Les différents produits consommés par une femme ont toujours un impact sur sa santé et le déroulement d'une éventuelle grossesse, comme sur le développement d'un embryon/d'un fœtus. La consommation de tabac entraîne une baisse de la fécondité, par une diminution de la réserve ovarienne et un taux de grossesses plus faible, ainsi que par un nombre de fausses couches plus important (56). Une fois la grossesse débutée, elle est aussi la cause d'accouchements prématurés, d'hématomes rétroplacentaires, de petits poids pour l'âge et de troubles cognitifs chez l'enfant (76, 79). La consommation d'alcool peut également entraîner des fausses couches, en particulier sur des ivresses (56). Elle est aussi principalement la cause du Syndrome d'Alcoolisation Fœtal (SAF) et de formes apparentées (56, 76, 79, 83, 84). L'impact de l'alcool sur le développement intra-utérin est varié : c'est ce que l'on appelle les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale. Ils se composent d'effets physiques et neurocomportementaux, dont le SAF. Cependant, les symptômes peuvent être très discrets et la pathologie sous, voire non diagnostiquée (83).

Ainsi, la forme la plus fréquente est une forme dite partielle, qui conduit à des troubles neurodéveloppementaux, un échec scolaire, des troubles des conduites, de la délinquance et surtout la consommation de produits chez les adolescents. Les symptômes se développent de manière variable avec l'âge (84). D'ailleurs, même les faibles consommations d'alcool peuvent avoir des conséquences, notamment comportementales (79).

La forme la plus aboutie de ce spectre est donc le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale. Il est composé de caractéristiques physiques précises (fentes palpébrales courtes, lèvre supérieure mince, sillon nasolabial lisse/allongé/effacé, retard de croissance) et de troubles du développement neurologique (retard mental, troubles apprentissage, calcul, langage, comportement, facultés d'adaptation et des conduites sociales avec difficultés d'insertion) (84). En dehors de l'alcool, de multiples facteurs influencent l'apparition d'un SAF : âge maternel élevé, trouble de l'usage d'alcool dans la famille de la mère ou le conjoint, suivi peu assidu aux consultations prénatales, nutrition insuffisante, lieu de résidence rural, précarité, prise de conscience tardive de la grossesse, binge drinking avant grossesse (83).

La dépendance qui envahit une mère peut un jour déborder et devenir visibles aux yeux de ses enfants, de son conjoint, de son cercle familial rapproché. Ces enfants qui ont un ou des parents alcoolodépendants peuvent vivre en institution, puis lorsqu'ils sont plus âgés, bénéficier d'un contrat jeune majeur. Ils peuvent aussi à tout âge faire l'objet de mesures éducatives en milieu ouvert, judiciaires ou non. Cependant, la plupart de ces enfants vivent chez eux, ne demandent pas d'aide, ne parlent pas leurs problèmes. Quand la dépendance rend la cellule familiale dysfonctionnelle, ils s'adaptent et modifient leur comportement. Tout d'abord, la minimisation des faits par les parents fait « perdre (aux enfants) le lien de confiance envers leur esprit et leurs intuitions ». Ils apprennent à ne plus sentir, ou ressentir, à ne plus croire en leur instinct. Ainsi, ils se taisent, doutent et réduisent leur communication avec autrui, ce qui peut se solder par un isolement au sein de la famille. Cependant, ils ne restent pas inactifs et peuvent jouer différents rôles afin de rééquilibrer et de redonner du sens à cette famille qui est malgré tout la leur. Ils peuvent alors revêtir le rôle du héros, du sauveteur, du clown ou de l'enfant-invisible. Ces noms sont bien évocateurs de leur fonction (85). Les enfants ont donc de grandes facultés d'adaptation, mais l'autre parent tout autant. C'est ainsi l'ensemble de l'organisation familiale qui va être bousculée au profit du parent alcoolodépendant (86).

4) Soigner les comorbidités

Le lien entre addiction, troubles psychiatriques et violence est majeur, surtout chez les femmes.

En effet, les femmes dépendantes sont plus concernées par les atteintes dites « psychologiques » ou psychiatriques. Comme énoncé plus tôt, une problématique sera plus facilement attribuée à une cause psychologique chez une femme que chez un homme. Les femmes s'approprient également plus le diagnostic, contrairement aux hommes qui peuvent nier l'origine mentale de leurs troubles (41, 50). C'est ce qui peut expliquer une prescription plus importante de psychotropes ainsi qu'une consultation plus fréquente de leur médecin généraliste par les patientes. En CSAPA, on constate aussi plus d'antécédents psychiatriques chez les femmes dépendantes, qui déclarent plus d'hospitalisations en psychiatrie que les hommes (41, 44). Une autre particularité féminine tient au fait qu'elles débutent plus souvent leurs consommations pour gérer ces symptômes d'ordre psychiatriques, qui précèdent donc les troubles d'usage des produits. Chez les hommes, ces symptômes apparaissent plutôt à l'issue des consommations, même si on sait qu'ils ont plutôt tendance à les masquer, ce qui fausse peut-être cette analyse (41, 44, 58). Les pathologies psychiatriques décrites dans les deux sexes sont d'ailleurs différentes. Les troubles de l'usage chez les femmes sont associés à plus de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de troubles de la personnalité, en particulier pour l'alcool et le cannabis (41, 59, 75, 87). Pour les mêmes produits, chez les hommes, on retrouvera d'autres troubles de l'usage ainsi qu'une personnalité antisociale (75, 87). On note cependant une limite à la prédominance des antécédents psychiatriques chez les femmes. En effet, dans une étude menée sur les troubles de l'usage du cannabis, des comorbidités psychiatriques sont retrouvées chez presque tous les participants, et même un peu plus chez les hommes que chez les femmes (95.6% contre 94.1%) (87).

Les troubles de l'humeur sont donc plus fréquents chez les femmes et peuvent également être plus importants en intensité. A l'échelle nationale et en population générale, on retrouve un épisode dépressif caractérisé (EDC) chez deux fois plus de femmes que d'hommes (50, 88). Chez les femmes dépendantes, les troubles de l'humeur précèdent dans la plupart des cas les consommations. Cependant, elles renforcent les symptômes dépressifs, en particulier pour la consommation d'alcool, ce qui rend le sevrage chez les femmes plus complexe (56). En termes d'intensité, un syndrome dépressif plus sévère a été retrouvé chez des femmes consommatrices d'opiacés (57).

Sur le plan des conséquences, encore une fois à l'échelle nationale et en population générale, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide sont plus souvent retrouvées chez les femmes. Les événements de vie traumatisants, dont les violences sexuelles, y participent dans les deux sexes (89). On retrouve aussi ces tendances chez les femmes dépendantes, notamment en CSAPA (44, 59).

En lien également avec les troubles psychiques, la violence peut faire partie des causes ou des conséquences d'une addiction. Dépendance et violence s'associent. Le trouble de l'usage de l'alcool notamment peut entraîner des violences extra-familiales, tout comme intra-familiales (90). Les femmes dont le conjoint est dépendant souffrent de plus de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et d'une moins bonne santé physique. Elles sont plus susceptibles de subir des violences conjugales (chez 40 à 75% des couples concernés), en particulier les jours de consommation (59). Les femmes dépendantes peuvent aussi être responsables d'actes de violence (50).

Mais même en dehors de toute problématique addictive, les victimes de violences sexuelles et conjugales sont plus souvent des femmes que des hommes (50). Une étude menée en 2018 par le Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI) le confirme. Pour éviter le biais selon lequel toutes les victimes ne portent pas plainte, cette étude a été basée sur des questionnaires envoyés directement dans les ménages, et pas sur les dépôts de plainte. Les résultats nous montrent que le pourcentage de femmes ayant déjà subi des violences physiques hors ménage s'élève à 46%, soit presque une femme sur deux. Ce chiffre augmente à 77% pour les violences sexuelles. Au sein du ménage, violences physiques et sexuelles confondues, ce sont 66% des femmes qui déclarent en avoir été victimes. 27% des auteurs étaient alors sous l'emprise d'alcool ou de drogues. « Au sein du ménage » signifie que les actes ont été commis par une ou plusieurs personnes vivant sous le même toit que la victime et donc pas forcément par son conjoint. Les violences conjugales, qui sont elles commises par un conjoint ou ex-conjoint, concernent 72% des femmes répondantes. 31% des auteurs étaient sous l'emprise d'alcool ou de drogues (91). Or, une femme qui subit des violences physiques et/ou sexuelles multiplie par 19 le risque d'en subir à nouveau. De plus, les violences sexuelles induisent chez leurs victimes une altération de leur santé physique et mentale. Plus le nombre de traumatismes est grand, plus leur santé en est altérée. Les retentissements les plus importants sont constatés en cas de viol. En termes de conséquences psychotraumatiques, les viols peuvent être comparés à de la torture, avec apparition d'états de stress post traumatique et de troubles dissociatifs au décours, qui touchent jusqu'à 80% des victimes. Les psychotraumatismes correspondent à une atteinte psychologique et neurologique, via un remaniement de l'architecture cérébrale. Elle peut être réversible par un phénomène de plasticité si les victimes sont soignées.

C'est pourquoi il est indispensable de dépister ces troubles afin d'éviter leurs retentissements psychiques comme physiques. En effet, on peut retrouver chez ces femmes des troubles du sommeil et du comportement alimentaire, ainsi que des troubles cognitifs chez la quasi-totalité des victimes, avec honte et culpabilité, ainsi qu'une perte de l'estime de soi. On peut également mettre en évidence des troubles anxieux et des troubles de l'humeur avec tentatives de suicide pour la moitié des victimes, tout comme des addictions et des conduites à risque (92). En effet, la gestion de la mémoire traumatique passe par des conduites d'évitement puis, lorsqu'elles ne sont plus suffisantes, par des conduites dissociantes. Ce sont des « conduites qui augmentent brutalement le niveau de stress » pour sécréter suffisamment de molécules endogènes pour passer à l'étape suivante malgré l'accoutumance. Elles entraînent donc la consommation de divers produits psychotropes, pouvant mener à des troubles de l'usage et à une dépendance (93).

On peut donc aisément deviner en quoi des actes de violence peuvent entraîner une addiction. En effet, 30 à 59% des femmes dépendantes présentent un état de stress post traumatique (ESPT). Parmi toutes les femmes dépendantes, 50% déclarent avoir subi au moins une fois dans leur vie des violences physiques et 90% des violences sexuelles (59). Les consommations peuvent aussi tout simplement permettre de supporter des violences quotidiennes (50). C'est également parfois l'addiction qui va mener les femmes à subir des actes de violence, par la vulnérabilité qu'elle entraîne chez elles. Cette fragilité peut se manifester au sein même du foyer, mais également à l'extérieur. Elle se majore avec l'apparition de troubles psychiatriques, sociaux et avec la précarité (50). Les violences peuvent donc être la cause ou la conséquence d'une dépendance. Il est dans tous les cas indispensable de les dépister. En effet, pour exemple, l'association d'une addiction à des violences conjugales majore l'isolement de la victime et baisse ses capacités à retrouver le contrôle sur ses consommations. La mise à distance d'un conjoint violent ou d'un produit n'est jamais facile et la mise en place d'une réduction des risques permet de réduire leurs conséquences (50).

Deux autres situations peuvent enfin être mises en lien avec l'addiction : l'inceste et la prostitution.

Ils peuvent être reliés aux psychotraumatismes évoqués ci-dessus. Effectivement, les violences physiques et sexuelles dans l'enfance sont pourvoyeuses d'addiction à l'âge adulte ainsi que de troubles mentaux (41, 59). La prostitution peut aussi être perçue comme la conséquence d'une dépendance à un produit et comme un moyen de se le procurer. Elle entraîne alors une dépendance à l'autre qui rend vulnérable, en particulier face aux agressions et à la transmission d'IST (44).

5) Apprendre de ses ressentis

Face à une femme dépendante, à son histoire, à ses objectifs, le médecin généraliste peut ressentir différentes émotions. Ses ressentis sont primordiaux et modulent sa prise en charge.

L'*inconfort* peut être issu d'une gêne vis-à-vis des propres consommations du médecin généraliste. Sa confrontation avec le patient peut le renvoyer à ce qui le met mal-à-l'aise, à ce qu'il ne veut pas dévoiler (50). Cet état peut aller jusqu'à perturber le dépistage et le repérage des troubles de l'usage. C'est en tout cas ce que pensent 28% des répondants à une étude menée en Angleterre sur les interventions possibles dans le cadre d'une consommation excessive d'alcool en soins primaires (94). Cette gêne peut cependant être nuancée par le produit à évoquer. En effet, 23% des médecins généralistes affirment parler systématiquement d'alcool avec leur patient, contre 63% pour le tabac. On peut noter également une crainte de la réaction du patient chez qui l'on recherche une consommation inadaptée socialement, ce qui peut se rapporter à un jugement de la part du médecin (95). Cet inconfort est perçu par le patient (96). Il peut être relié à un sentiment d'*insatisfaction*. Dans cette même étude anglaise, 15% seulement des médecins généralistes y sont satisfaits de leur travail avec des patients en mésusage et 12% le sont avec des patients dépendants (94).

Au-delà d'un inconfort et d'une insatisfaction, le médecin généraliste peut aussi ressentir les limites de ses capacités à aider son patient. Cette sensation peut aller jusqu'au sentiment d'*impuissance*. Dans une thèse réalisée en 2014 sur le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits, sur les 20 médecins interviewés, 13 affirment se sentir impuissants (97). En effet, la répétition de prises en charge qui à leur sens n'aboutissent pas peut entraîner, tout comme chez les patients, un sentiment d'« impuissance apprise ». Cette notion est particulièrement retrouvée dans les cas de reconsommations régulières. Elle donne l'impression à celui qui la vit d'être moins efficace. Heureusement, elle est réversible et peut se « désapprendre », notamment via des situations dont l'issue est positive. Il est donc essentiel de fixer avec le patient des objectifs atteignables, que ce soit pour lui ou pour le praticien (98). De plus, il a été prouvé que la prise en charge des dépendances en médecine générale pouvait être plus efficiente qu'en addictologie. On retrouve surtout ce résultat pour les Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API). On ne retrouve pas de différence pour l'abstinence (99). A contrario, certains médecins généralistes se sentent plutôt efficaces : 70% pour conseiller et 50% pour changer les comportements, selon une étude irlandaise de 2018 (100). L'impuissance dépend donc également du niveau de trouble de l'usage du patient.

Le *manque de motivation* est aussi un ressenti retrouvé après analyses des verbatims.

Effectivement, seuls 42% des médecins généralistes se disent motivés à l'idée de travailler avec des patients en mésusage, et 35% avec des patients dépendants. On peut donc à nouveau noter que la motivation décroît à mesure que l'attraction au produit s'élève. Or, des outils de repérage précoce et d'intervention rapides pourraient motiver les médecins généralistes de cette étude irlandaise (94). Ils existent déjà en France sous formes de questionnaires, comme FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien) ou CAST (Cannabis Abuse Screen Test) (101).

Ces sensations d'impuissance et de manque de motivation peuvent être expliquées par une confrontation régulière à l'échec. Cette constatation revient souvent chez les répondants. Or, l'échec est particulièrement relié à la notion d'auto-efficacité, ou efficacité personnelle, qui représente les capacités ressenties d'un individu à atteindre ses objectifs. Plus ces derniers sont réalistes, plus ils sont acquis facilement, ce qui renforce motivation et persévérance (102). On peut donc allègrement conclure que le sentiment d'auto-efficacité est un remède à l'impuissance apprise et à l'échec. Ce dernier est particulièrement prégnant chez les femmes dépendantes avec enfants, parce que le médecin peut surinvestir le soin, se projeter dans des objectifs démesurés, ce qui peut mener à l'échec pour le soignant mais également pour le soigné (62).

La *complexité* des prises en charge, en particulier chez les femmes, a également été soulevée. Dans cette même thèse réalisée en 2014, sur 20 médecins généralistes, 5 affirment qu'ils rencontrent des difficultés dans leurs soins aux patients dépendant. Parallèlement, 5 médecins se sentent aussi tout à fait légitimes pour les prendre en charge (97). Ils le sont d'ailleurs également pour repérer les mésusages et dépendances : à 96% chez les irlandais et à quasi 88% chez les anglais (94, 100). Les patients sont tout à fait d'accord avec ces questions sur leurs consommations d'alcool en médecine générale (99, 100). Plus élevé que le sentiment d'efficacité, celui de capacité à donner des conseils sur les différents produits peut s'élever à 86% (100). Ce sentiment de capacité est probablement issu d'une impression de formation et d'outillage suffisants pour travailler avec des patients en mésusage ou dépendants, en tout cas dans ces études irlandaise et anglaise (94, 100). Enfin, l'estime de soi reste relativement importante, avec 53% des médecins généralistes qui sont assez confiants pour travailler avec des patients en mésusage et 49% avec des patients dépendants (94). Ces chiffres paraissent en revanche insuffisants quand on sait que le manque de confiance en soi est un facteur favorisant le manque de dépistage, au même titre que le manque de temps (103).

Tous ces ressentis peuvent être modulés par le fait que le médecin soit une femme ou un homme. En effet, les médecins généralistes peuvent penser que le sexe du médecin influe sur la prise en charge du patient, par exemple si une patiente se sent plus à l'aise avec une femme médecin (97).

Une thèse de 2019 sur les femmes médecins et la relation médecin-malade met en avant différentes caractéristiques que les patients, hommes et femmes, peuvent attribuer à leur médecin traitant femme : gaité et bonté, calme et sérénité, douceur, aspect maternel, relation cordiale et parfois plus (amitié). Ces éléments ne sont pas exclus chez les médecins hommes, mais moins prépondérants. De plus, bien qu'elles soient considérées comme aussi compétentes que les hommes, les praticiennes seraient plus à l'écoute et plus empathiques. Une patiente estime d'ailleurs que la communication est plus simple avec elles (105). Effectivement, la littérature met en avant le rôle de *care* attribué à la femme et déjà abordé plus haut, qui s'étend donc jusqu'à la sphère professionnelle (105, 106, 107). Au-delà de l'écoute et de l'empathie, c'est la décision partagée et l'implication dans ses soins qui est aussi valorisée par les patients (105, 107). On peut parler aujourd'hui de « modèle maternaliste », avec des soignantes plus axées sur la prévention, sur le psychosocial, au cours de consultations plus longues (105, 106). Finalement, que le patient soit homme ou femme, il peut vouloir consulter un médecin femme pour toutes les raisons énoncées ci-dessus et considérer le sexe de son médecin comme un critère important. D'autres choisiront leur praticien en fonction de son sexe de manière plus inconsciente. Les derniers jugeront qu'il n'impacte en aucun cas leur choix. Dans tous les cas, c'est la personnalité du praticien qui primera (105).

En revanche, d'autres études mettent en lumière une préférence globale des patients pour un médecin du même sexe, parfois plus prononcée chez les femmes, parfois plus chez les hommes. L'analyse des ressentis des patients face à un praticien du même sexe ou non, dans différents contextes, selon différentes modalités, est très disparate en termes de satisfaction. Au final, lorsqu'on prend en compte la relation d'un point de vue communicationnel, le sexe importe peu et ce sont les praticiens qui portent de l'attention au patient qui sont les plus plébiscités (107). Des facteurs culturels peuvent aussi entrer en jeu des deux côtés.

De l'autre côté du bureau, le soignant peut aussi se sentir plus ou moins confortable devant un(e) patient(e). Des étudiants en médecine ont en effet affirmé se sentir plus à l'aise pour examiner un patient du même sexe et également plus empathiques face à sa problématique (107). De plus, le vécu du médecin généraliste est encore une fois important. Il peut s'accorder comme s'opposer à celui du patient, et ce quel que soit son sexe (97). Cependant, une projection, qu'elle soit donc positive ou négative, est peut-être plus aisée face à un patient du même genre, et au contraire, une mise à distance peut être plus complexe quand les affects personnels s'en mêlent.

6) Ouvrir sa boîte à outils

Le genre du médecin peut être un outil pour faciliter l'échange avec le patient. Cela dit, les qualités humaines nécessaires à une bonne relation médecin-patient ne sont pas genrées et tout médecin peut les mettre au profit d'une prise en charge addictologique, en particulier avec les femmes.

Porter de l'intérêt au patient est essentiel. Les personnes dépendantes, lors de leur recours aux soins, souhaitent être considérées, ne pas être réduites à leur trouble. Il faut ainsi valoriser leur capacité à être une personne à part entière et renforcer leur sentiment d'auto-efficacité (96). Cette démarche passe par un accompagnement accru ainsi qu'une approche centrée patient (99).

La bienveillance apportée se caractérise, comme cité plus haut, par de l'empathie et de l'écoute.

L'absence de jugement est l'élément qui permettra une construction efficace et pérenne du soin. En effet, les patients présentant une addiction, et en particulier les femmes, craignent d'être stigmatisés et soumis aux critiques au sujet de leurs choix, de leur mode de vie (99). Leur bien-être est lié à « une attitude non jugeante, compréhensive et s'inscrivant dans une relation paritaire » (96).

L'objectif de cette posture tient en la mise en place d'une relation de confiance. Effectivement, les troubles de l'usage sont souvent en lien avec des parcours de vie atypique et l'évoquer n'est pas simple. C'est pourquoi le médecin traitant du patient, qui peut aussi avoir le rôle de médecin de famille, est au cœur de cette prise en charge. Il peut aussi être un soutien (60, 104). De plus, du côté du médecin, percevoir que cette confiance est réciproque est un appui considérable (97).

Une fois cette relation installée, l'objectif de soins soit être fixé. Selon une étude irlandaise, 67% des médecins n'ont pas d'approche déterminée et l'adaptent selon les besoins du patient. Leur objectif est son objectif. Mais pour 16% des praticiens, une réduction des consommations est indispensable. Et pour 15% d'entre eux, la prise en charge ne se conçoit pas sans une abstinence totale (99). Or, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur l'intervention brève, le médecin se doit de proposer des objectifs puis de laisser le choix au patient (101). Au final, comme dans toute pathologie chronique, la décision partagée est celle qui permettra une adhésion aux soins (99).

Une attitude empathique, bienveillante, sans jugement, centrée sur les besoins du patient, nécessite cependant un réel investissement de la part du médecin. Il espère aussi une amélioration du trouble, voire sa disparition et un tel engagement peut être assimilé à un don de soi. On ne peut pas le négliger quand on sait qu'un des freins au dépistage des addictions est la peur de l'énergie à donner et du burn-out (95). Même en dehors des dépendances, le médecin est une thérapeutique à part entière. En revanche, il n'appartient qu'à lui de savoir manier ce qui peut être remède ou poison.

Selon Balint, « le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même ». « Cependant (...) dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien, etc. » (108).

En plus d'une certaine façon d'être, les médecins généralistes interviewés ont mis avant plusieurs techniques à utiliser au quotidien dans le repérage des troubles de l'usage.

On retrouve notamment l'emploi de questions systématiques, en particulier au moment des premières consultations. Cette recherche se déroule quel que soit le thème de la consultation (100). Cependant, selon une étude irlandaise, tous les médecins ne dépistent pas leurs patients puisque sur 40 praticiens interrogés, 16 affirment ne pas suivre de patients présentant un trouble de l'usage d'alcool (103). Selon une autre étude anglaise, 40% des médecins généralistes posent la question de l'alcool tout le temps ou la plupart du temps. Il n'existe pas de différence significative entre les médecins hommes et femmes et ce sont les médecins les plus âgés qui posent le plus la question. Elle est d'ailleurs de plus en plus souvent évoquée au fil des années (de 1999 à 2009) (94).

Cependant, ces questions très protocolisées et systématisées peuvent aussi majorer le sentiment de honte du patient et altérer le lien de confiance précédemment installé (96). C'est probablement pourquoi les médecins de cette étude ont principalement évoqué l'utilisation de questions ouvertes. Elles sont en effet à l'opposé de ce que l'on peut trouver dans les questionnaires de repérage des troubles de l'usage (FACE ou Fast Alcohol Consumption Evaluation, CAST ou Cannabis Abuse Screening Test). On peut malgré tout ensuite les insérer dans la partie sur l'intervention brève (99).

Certains motifs permettent ensuite de répéter le repérage des troubles de l'usage. Ils peuvent être liés à la santé physique, psychique, sociale du patient, mais aussi plus simplement à un renouvellement d'ordonnance (94). Une anomalie détectée à l'examen clinique ou sur une biologie peut aussi pousser à poser la question. La Haute Autorité de Santé recommande elle le repérage de toute consommation d'alcool à risque au moins tous les ans ou lors d'une modification d'ordre psychosociale (99).

Afin de compléter une prise en charge, les médecins généralistes peuvent aussi faire appel à des confrères, éventuellement d'autres spécialités, ou à des structures dans le domaine de l'addictologie.

En effet, la collaboration entre médecin généraliste et médecin addictologue permet une abstinence en alcool plus élevée à 6 mois (99). En termes d'établissements accueillant les patients, on retrouve des structures ambulatoires comme les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues), CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) (44). Les structures hospitalières peuvent aussi proposer des séjours de sevrage en service d'addictologie, en particulier pour les patients à risque de complications. D'autres établissements publics ou privés sont enfin en mesure de proposer des Soins de Suite et de Réadaptation en addictologie afin de renforcer l'abstinence (99). Les femmes dépendantes peuvent bénéficier de prises en charge centrées sur le lien mère-enfant ou plus globalement sur la femme dans des centres non mixtes. On constate une meilleure réponse aux soins lorsqu'elles y séjournent, via des activités centrées sur la renarcissisation par exemple (53, 68).

Les médecins généralistes peuvent aussi compter sur les autres professionnels d'une même maison médicale (médecins, psychologues, infirmières, secrétaires, etc.). Ce travail pluriprofessionnel est plus efficace en termes de suivi des patients dépendants au cannabis ou aux opiacés, en termes de prévention des mésusages de l'alcool et en termes de prévention tertiaire du tabagisme. Le travail de groupe est un vrai plus pour le traitement des addictions en médecine générale, notamment pour la gestion de situations bio-psycho-sociales complexes (95). Souvent proche de la maison médicale, la pharmacie est aussi d'une grande aide dans le repérage des mésusages des traitements prescrits dans le cadre des addictions. Les préparateurs et pharmaciens peuvent aussi être moteurs dans les programmes d'échange de seringues (50). Ils sont enfin au cœur de la délivrance des benzodiazépines, antidépresseurs, antalgiques, hypnotiques et autres traitements potentiellement addictifs (99).

Les praticiens peuvent enfin enrichir leurs propres savoir-être et savoir-faire avec des formations. Ils sont nombreux à déclarer en manquer dans cette étude. Toujours selon la même étude anglaise, 52% des médecins de premier recours interrogés ont reçu moins de 4h de formation en addictologie (94). Dans une étude allemande, ce chiffre tombe à 27%. Or, moins les médecins généralistes sont formés et moins ils se sentent capables de travailler avec des patients dépendants. A noter que dans cette étude, les médecins femmes se sentent deux fois moins aptes que les médecins hommes (109). Dans tous les cas, les patients ne se disent pas dérangés par le fait que leur médecin traitant n'ait pas de formation supplémentaire en addictologie (96).

En ce qui concerne les femmes en proie à une addiction, les médecins de cette étude ont pu déclarer un abord et une écoute différents par rapport à leurs patients hommes. Cette posture semble faire le lien avec la notion de *care*, que la femme peut apporter mais aussi induire chez son soignant. On sait aussi que certains de leurs maux sont plus souvent attribués à une origine psychologique (38). La prescription de psychotropes est d'ailleurs plus grande chez elles (54). Or, un trouble de l'humeur ou une anxiété ne se traitent pas avec la distance que l'on peut garder face à une entorse de cheville. L'écoute est certainement plus investie par les praticiens face à une problématique émotionnelle, qui est plus facilement exprimée par les femmes. Cependant, cette attitude, probablement également influencée par des schémas inconscients, est aussi recherchée par les hommes (105).

Le dépistage des dépendances chez les femmes peut être moins important que chez les hommes. C'est le cas en particulier pour les femmes enceintes (56). Or, la Haute Autorité de Santé recommande le repérage de consommations d'alcool à risque chez toutes les femmes enceintes (99). En 2017, lors de leur grossesse, un peu plus de 10% des femmes ont maintenu une consommation d'alcool au moment de « grandes occasions » et 14% ont poursuivi une consommation de tabac. Ces consommations peuvent malheureusement être le fait d'une méconnaissance des dangers de ces différents produits. Effectivement, sur 10 femmes enceintes ou mères de jeunes enfants, 4 déclarent ne pas avoir été mises au courant des méfaits du tabac et de l'alcool. On peut aussi constater ce manque de communication quand on les interroge sur le pictogramme alcool « femmes enceintes », puisque la quasi-totalité des répondantes l'interprètent comme une *suggestion* d'abstinence (110).

Au sein du cabinet de médecine générale, les femmes peuvent enfin bénéficier d'un suivi gynécologique par leur praticien. C'est pour eux un moyen d'aborder d'autres sujets de santé et d'accéder à une partie de leur vie qui n'est pas toujours évoquée derrière un bureau. Les addictions, leurs causes, leurs retentissements, peuvent à leur sens être plus facilement évoquées, que le médecin soit homme ou femme. Cependant, les patientes déclarent préférer une praticienne pour leurs suivis gynécologiques en mettant en avant une meilleure compréhension et moins de pudeur (104).

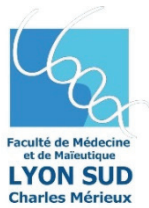
En termes de ressources, la famille des patientes est enfin à ne pas négliger. Elle peut être aidante, notamment dans le mariage « heureux ». Effectivement, il est une source de bien-être psychique et physique. Il est aussi protecteur sur le plan de l'addiction et permet de diminuer les consommations (59). L'entourage peut de son côté être à l'origine de la demande de soins et de la tentative d'arrêt, mais il peut également conseiller sur les méthodes d'arrêt. Il est surtout source de soutien et permet un partage d'expériences (60).

Malgré tout, la famille, et en particulier le conjoint, peut générer les consommations et être un vrai frein aux soins (59). On retrouve d'ailleurs plus souvent chez les femmes que chez les hommes des antécédents de dépendance dans la famille et chez le conjoint (75).

La charge familiale est elle aussi un facteur de consommation, dans la mesure où certaines femmes assument une double journée de travail, professionnelle et domestique, et surtout actuellement avec les différentes périodes de confinement et de télétravail (65). On peut donc considérer le conjoint, et le reste de la famille, comme « les médiateurs principaux dans l'arrêt ou la poursuite des consommations » (59). Ils représentent un outil puissant à utiliser avec précaution.

Ces nombreux outils sont tout à fait validés par tous les médecins généralistes, encore faut-il pouvoir les insérer dans sa pratique. C'est une difficulté exprimée par de nombreux praticiens interviewés. Effectivement, le manque de temps est crucial dans leur exercice. Les nombreuses sollicitations et demandes en termes de prévention et de suivi sont parfois complexes à gérer, et le repérage des addictions en fait partie. Que ce soit en Angleterre, en Irlande ou en France, les médecins de premiers recours signalent un manque de temps à consacrer au dépistage en général (94, 95, 103). Le suivi de la dépendance tout juste découverte est ensuite également très chronophage (97). Une des solutions qui peut être proposée est une revalorisation financière des actes qui autoriserait un investissement plus important dans les soins (95, 97). De plus, ce manque de temps dénote avec l'urgence ressentie du patient, qui souhaiterait une prise en charge plus rapide et plus intense (96). La régularité est un point essentiel de l'avancée des soins pour les patients. Ils peuvent aussi mettre en avant un besoin de prise en charge psychologique approfondie (60). En effet, parmi les patients avec une problématique liée à l'alcool, les consultations sont plus fréquentes en médecine générale (5 par an contre 2 pour les autres patients) (103). C'est d'ailleurs une des techniques choisies par les praticiens pour renforcer un suivi : allonger la durée d'une consultation et les multiplier. Or en addictologie, la prévention primaire consiste à repérer les vulnérabilités, valoriser les facteurs protecteurs, repousser les premières consommations. Ces démarches nécessitent absolument plusieurs consultations. Elles peuvent désormais se présenter sous d'autres formes qu'une rencontre au cabinet, notamment via l'envoi de mails ou de SMS. Ces stratégies ne remplacent pas un réel échange, mais peuvent ouvrir la voie à un autre mode de communication, qui pourrait mieux convenir à des patients chez qui la honte est un facteur commun et dominant.

V. Conclusions



Les substances psychoactives existent depuis des millénaires. Elles revêtent des formes différentes, sont issues de divers processus et possèdent surtout des fonctions multiples. Elles sont ainsi utilisées par l'Homme pour communiquer avec les dieux et divinités, soigner les maux, ou plus récemment, adoucir les affres du travail et du quotidien.

La femme possède un statut particulier dans notre société. Elle peut se définir par son sexe, mais également par son genre. Le premier est inné, quand le second est construit. Il sous-tend un rôle à jouer, des fonctions à remplir. Il a ainsi un impact notable sur l'accès à différents droits fondamentaux, tout comme à une médecine équitable. Cette dernière est aujourd'hui en pleine mutation.

Le médecin généraliste a toujours eu un rôle central dans le soin des populations. Son profil a évolué au cours des siècles, mais il restera le médecin de premier recours, développant avec ses patients une relation de confiance, basée sur l'empathie. Au cœur de la prévention, il est le premier à être consulté dans les problématiques addictives.

Ainsi, l'hypothèse de ce travail réside dans le fait que le vécu du médecin généraliste diffère devant une femme ou un homme en proie à une addiction. L'objectif principal est donc d'explorer ce vécu ; l'objectif secondaire est de déterminer les outils mis en œuvre.

Pour ce faire, une étude qualitative a été menée, par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 12 médecins généralistes exerçant dans la région Auvergne Rhône Alpes.

L'abondance des réponses apportées par les médecins généralistes nous prouve que ce thème mêlant la dépendance à la femme fait partie de leur pratique courante. Elle entraîne une réflexion, une remise en question et une prise en charge adaptée.

Selon eux, l'addiction en général concerne plus les hommes que les femmes. Ce sont effectivement les chiffres que l'on retrouve dans les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues). Cependant, ils peuvent mettre en avant l'impression de prendre en charge plus de femmes dépendantes que d'hommes dépendants. Cela s'explique par une patientèle majoritairement féminine, dont les spécificités sont ainsi plus souvent rencontrées.

Dans la société, les femmes dépendantes sont jugées plus sévèrement que les hommes. Selon Emmanuelle Hoareau, cette critique est liée à une perte de l'identité de genre. Elle est d'autant plus importante chez la mère dépendante, car cette identité est liée en grande partie au rôle de « *care* » attribué à la femme. Une mère addictrice est donc considérée comme incapable de s'occuper de ses enfants, elle est une mauvaise mère : c'est ce que l'on appelle l'effet halo.

Ces femmes intègrent cette notion de perte de féminité liée à leur dépendance et se jugent en plus d'être jugées par l'autre. En tant que mères, elles remettent en question leurs compétences, et cela avant même de débiter une grossesse, par peur de perdre leurs enfants. Ces femmes ressentent ainsi honte, culpabilité et souffrance. Ces sentiments peuvent aussi être amplifiés par le regard du professionnel de santé.

Les femmes dépendantes cachent donc leur addiction à leur famille, à leur médecin. Elles le font notamment via leur apparence physique, ce qui peut aussi être un moyen de renouer avec leur féminité. Cette apparence semble donc moins altérée que chez les hommes. Cependant, cette dissimulation a aussi un effet direct sur l'accès aux soins des patientes, auxquels elles peuvent accéder plus tardivement, en particulier pour l'alcool.

Cette situation est d'autant plus dramatique que les conséquences somatiques du produit sont plus importantes chez les femmes, qui ont un volume de distribution plus faible. Le rôle des oestrogènes est aussi important, notamment dans l'apparition de la cirrhose.

Au-delà du retentissement somatique, les retentissements psychiques et sociaux sont majeurs. On note un syndrome dépressif plus sévère et plus d'idées suicidaires chez les femmes consommatrices, par rapport aux hommes. La violence, qu'elle soit conjugale ou non, est également bien plus élevée chez les femmes, dépendantes ou non. Cette violence est enfin plus souvent rencontrée chez les patients souffrant d'addiction, quel que soit leur genre. Chez la femme addictrice, les facteurs favorisants s'associent donc et la violence peut être la cause de l'addiction, via un état de stress post-traumatique, ou sa conséquence, par la vulnérabilité qu'elle entraîne.

Le lien entretenu avec une femme dépendante n'est pas le même selon le sexe du médecin. En effet, les médecins femmes déclarent une aisance face à leurs patientes, que n'ont pas leurs confrères hommes. Elles estiment aussi que leurs patientes peuvent probablement plus facilement se livrer face à elles, car elles auraient plus confiance. Cette notion permettrait de minimiser la complexité que tous les médecins peuvent déclarer dans ces prises en charge. On retrouve en effet dans la littérature que les patients préfèrent être reçus par un médecin ou un professionnel du même sexe qu'eux.

Dans leur prise en charge, les médecins priorisent face aux femmes une attitude différente, sans pouvoir la nommer, et une écoute plus marquée. Ils reconnaissent un dépistage moins important que chez les hommes, notamment chez les femmes enceintes. Malgré tout, l'abord de la patiente via l'examen gynécologique est pour eux très précieux, ils le considèrent comme un moment de vulnérabilité, qui les rend accessibles.

Comme dans toute pathologie à composante sociale, un facteur indépendant du praticien entre en jeu : l'entourage. Il peut être aidant ou non, comme dans le cas où le conjoint consommerait aussi. La charge familiale peut aussi être un facteur favorisant la dépendance, notamment chez des femmes qui ont aussi une activité professionnelle.

Non spécifique à la femme mais essentiel dans une pratique généraliste ambulatoire, le temps est un facteur à ne pas négliger. Il est constamment trop court, mais des stratégies sont mises en place par les médecins pour y pallier. Par exemple, augmenter la fréquence des consultations, ou user d'autres moyens de communication (mails, SMS). En effet, ils n'ont sûrement pas le temps nécessaire au cours d'une seule consultation, mais ils ont pour eux la durée qui leur permet d'assurer le suivi régulier des patients. Cet aspect est à la fois une force et une spécificité du médecin généraliste.

Pour affiner ce travail, il serait pertinent de pouvoir s'entretenir avec des patientes touchées par la problématique addiction, ou encore de préciser le vécu et le ressenti des professionnels produit par produit. Dans tous les cas, les échanges avec les médecins qui ont accepté de participer à l'étude ont mis en exergue le lien entre le monde qui nous entoure et la pratique que l'on peut avoir. La notion de formation a souvent été mise en avant, et en particulier sa présence trop faible dans les études médicales. Peut-être serait-il bon d'y inclure quelques notions de sociologie, ou mieux les expériences de patients experts. Elles pourraient nous permettre de créer un lien plus franc, sincère et concret, dans cette belle spécialité où l'humain est au cœur de nos préoccupations.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

Dr Yves Zerbib

MSPU Bel-Air
Dr Yves ZERBIB
21 rue Bel-Air - 69800 SAINT PRIEST
69 1 098305

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

Carole Burillon
Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 27/05/2021

VI. Bibliographie

1. Rod Phillips. Une brève histoire de l'alcool. [En ligne]. Disponible : https://www.ted.com/talks/rod_phillips_a_brief_history_of_alcohol/transcript?language=fr
2. Mulot Rachel. L'évolution humaine a été accélérée par... l'alcool. [En ligne]. 2017. Disponible : https://www.sciencesetavenir.fr/archeo-paleo/l-evolution-humaine-a-ete-acceleree-par-l-alcool_112696
3. Institut National de Recherches Archéologiques Préventives. Histoire du vin : Moyen-Age ; Culture et société. [En ligne]. Disponible : <https://www.inrap.fr/dossiers/Archeologie-du-Vin/Histoire-du-vin/Moyen-Age-Culture-et-societe#.YHM35B8zbIU>
4. Addiction Suisse. L'alcool dans notre société – hier et aujourd'hui. [En ligne]. 2011. Disponible : <http://shop.addictionsuisse.ch/download/e2e53470ace70870bbf5dd711213744f4e3ed81c.pdf>
5. Arte. 50 nuances de Grecs – Saison 1 (12/30) – « ... Homère, bonjour les dégâts ». [En ligne]. 2018. Disponible : <https://www.arte.tv/fr/videos/077330-012-A/50-nuances-de-grecs-saison-1-12-30/>
6. Tabac Info Service. Petite histoire du tabac. [En ligne]. Disponible : https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Histoire_tabac.pdf
7. Québec Sans Tabac. Industrie du tabac – Le récit d'un tueur en série. [En ligne]. Disponible : <https://quebecsanstabac.ca/je-minforme/industrie-tabac/debuts-vente-tabac>
8. Novaes Clara, Taïeb Olivier, Moro Marie-Rose. L'expérience urbaine de l'ayahuasca au Brésil. Chimères. 2012 ; volume 78 (3) : 169-180
9. Richard Denis, Senon Jean-Louis. Activité pharmacologique du cannabis. Le cannabis. Presses Universitaires de France ; 2010. Pages 45-101
10. Audigier Anne, Cosme Stéphane. Jah, marijuana et rasta. [En ligne]. 2020. Disponible : <https://www.franceinter.fr/culture/jah-marijuana-et-rasta>
11. Rapin Ami-Jacques. La « divine drogue » : l'art de fumer l'opium et son impact en Occident au tournant des XIXème et XXème siècles. A contrario. 2003 ; volume 1 (2) : 6-31
12. Baudelaire Charles. Les Fleurs du mal : Le Poison. [En ligne]. 1857. Disponible : <https://www.lalanguefrancaise.com/litterature/ baudelaire/le-poison>

13. Yvarel Jean-Jacques. L'héroïne et le pantopon : deux drogues sans danger ? *Ethnologie française*. 2004 ; volume 34 (3) : 481-484
14. Dictionnaire de français Larousse. Aliénation. [En ligne]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ali%C3%A9nation/2256>
15. Dupont Jean-Claude, Naassila Mickaël. Une brève histoire de l'addiction. *Alcoologie et Addictologie*. 2016 ; 38 (2) : 93-102
16. Organisation Mondiale de la Santé. Syndrome de dépendance. [En ligne]. Disponible : https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
17. Gouvernement, Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? [En ligne]. 2015. Disponible : <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
18. Pophillat Hugues. Médecins généralistes et patients alcoolodépendants ayant reconsommé : « Le lien au cœur du soin » [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2020
19. Ickick Romain. Addiction et trouble bipolaire : des centres experts pour la dualité ? [En ligne]. 2020. Disponible : http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/jsfa20-121150_ICICK.pdf
20. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Addictions, du plaisir à la dépendance. [En ligne]. 2020. Disponible : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
21. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Synthèse thématique : vue d'ensemble/toutes drogues. [En ligne]. 2020. Disponible : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>
22. Tout-Metz, Actualité régionale et agenda. Nouvelle campagne contre l'alcool au volant. [En ligne]. 2011. Disponible : <https://tout-metz.com/campagne-sensibilisation-alcool-2011-589.php>
23. Teoli Romain, Haller Dagmar M., Ingrand Pierre, Binder Philippe. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes. *Santé Publique*. 2016 ; volume 28 (2) : 187-195
24. Goutorbe Anne-Sophie. Carnet de compétences : aide à l'auto-évaluation des compétences [Guide réalisé à partir d'un travail de thèse]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2014

25. Dictionnaire de français Larousse. Sexe. [En ligne]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexe/72458>
26. Lépinard Éléonore, Lieber Marylène. Du sexe au genre : l'invention d'un concept. Les théories en études de genre. La Découverte, collection Repères ; 2020. Pages 9-21
27. Salle Muriel, Vidal Catherine. La santé des femmes hier. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Belin, collection Egale à égal ; 2017. Pages 23-34
28. De Beauvoir Simone. Enfance. Le deuxième sexe, L'expérience vécue. Gallimard ; 1949. Page 13
29. Marro Cendrine. L'identité : une construction personnelle aux prises avec les normes de genre. Dans : Peyre Evelyne, Wiels Joëlle. Mon corps a-t-il un sexe ? La Découverte, collection Recherches ; 2015. Pages 271-285
30. Hypothèses. Définition du genre et ressources. [En ligne]. 2018. Disponible : <https://genere.hypotheses.org/532>
31. Genre ! Genre ? [En ligne]. Disponible : <https://cafaitgenre.org/genre/>
32. Demaison Catherine, Grivet Laurence, Maury-Duprey Denise, Mayo-Simbsler Séverine, Tagnani Stéphane. Quelques dates dans l'histoire des droits des femmes. Femmes et hommes, l'égalité en question. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques ; 2017. Pages 179-188. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586548>
33. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention des avortements à risque. [En ligne]. 2020. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
34. Courrier International. Le droit à l'IVG pratiquement supprimé en Pologne. [En ligne]. 2020. Disponible : <https://www.courrierinternational.com/une/regression-le-droit-livg-pratiquement-supprime-en-pologne>
35. Géo. Simone Veil, au temps de la désobéissance. [En ligne]. 2018. Disponible : <https://www.geo.fr/histoire/simone-veil-au-temps-de-la-desobeissance-176161>
36. Collet Marc, Rioux Laurence. Scolarité, vie familiale, vie professionnelle, retraite : parcours et inégalités entre femmes et hommes aux différents âges de la vie. Dans : Demaison Catherine, Grivet Laurence, Maury-Duprey Denise, Mayo-Simbsler Séverine, Tagnani Stéphane. Femmes et hommes, l'égalité en question. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques ; 2017. Pages 9-28. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586548>

37. Latourès Aurélie. Emploi et précarité. Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Ministère des droits des femmes ; 2014. 8 pages. Disponible : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/03/Egalite_Femmes_Hommes_T2_bd.pdf
38. Rey Adrienne. Pour les médecins, les hommes font des crises cardiaques, les femmes des crises d'angoisse. [En ligne]. 2018. Disponible : <http://www.slate.fr/story/162872/sante-medecine-stereotypes-genre-femmes-crise-cardiaque-syndrome-yentl-inegalites-diagnostic-traitement>
39. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Genre et santé. [En ligne]. 2016. Disponible : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante>
40. De Castro Paola, Heidari Shirin, Babor Thomas F. Sex And Gender Equity in Research (SAGER) : reporting guidelines as a framework of innovation for an equitable approach to gender medicine. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità. 2016 ; volume 52 (2) : 154-157
41. Escots Serge, Suderie Guillaume. Revue de la littérature : femmes et addictions. Institut d'Anthropologie Clinique ; 2013. 50 pages. Disponible : https://www.grea.ch/sites/default/files/revue_de_litterature_iac_13fevrier2013.pdf
42. Amos Amanda, Haglund Margaretha. From social taboo to « torch of freedom » : the marketing of cigarettes to women. Tobacco Control. 2000 ; volume 9 : 3-8
43. Comité National Contre le Tabagisme. Le fléau du tabagisme féminin, conséquence des stratégies publicitaires des industriels du tabac. [En ligne]. Disponible : <https://cnct.fr/actualites/fleau-tabagisme-femmes-consequence-publicite/>
44. Beck François, Obradovic Ivana, Palle Christophe, Brisacier Anne-Claire, Cadet-Taïrou Agnès, Diaz-Gomez Cristina, et al. Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies ; 2017. 8 pages. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efx3.pdf>
45. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Usage actuel (occasionnel ou régulier) de tabac parmi les 18-75 ans, évolution depuis 1974. [En ligne]. 2019. Disponible : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-lusage-occasionnel-ou-regulier-parmi-les-18-75-ans/>
46. Lamendour Eve. Pourquoi les héroïnes de séries américaines boivent-elles toutes du vin ? [En ligne]. 2016. Disponible : <http://www.slate.fr/story/122507/heroines-series-americaines-vin>

47. Renault Jean-Maxime. Pourquoi les femmes dans les séries boivent si souvent du vin, de Cersei Lannister à Olivia Pope ? [En ligne]. 2018. Disponible : <https://www.allocine.fr/diaporamas/series/diaporama-18676957/?page=8>
48. Frappé Paul. Initiation à la recherche. Collège National des Généralistes Enseignants, Global Média Santé. 2018. 224 pages
49. Gedda Michel. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la revue. 2015 ; volume 15 (157) : 50-54
50. Fédération Addiction. Femmes et addictions, accompagnement en CSAPA et CAARUD. Fédération Addiction, collection Repère(s ; 2016. 100 pages. Disponibilité : <https://fr.calameo.com/read/005544858d0ade7190441?authid=FDQbzEiXLJZ7&page=1>
51. Palle Christophe. Bilan Recap 2019, Evolution des caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA, 2007-2019. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies ; 2020. 23 pages. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/BilanRECAP2019.pdf>
52. Cadet-Taïrou Agnès, Janssen Eric, Guilbaud Fabrice. Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies ; 2020. 4 pages. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxac2ac.pdf>
53. Mutatayi Carine. Résultats de l'enquête Ad-Femina, Accueil spécifiques des femmes en addictologie. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies ; 2019. 6 pages. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcmz3.pdf>
54. Brisacier Anne-Claire, Brissot Alex, Cadet-Taïrou Agnès, Gandilhon Michel, Janssen Eric, Le Nézet Olivier, et al. Drogues, chiffres clés. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies ; 2019. 8 pages. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>
55. Richard Jean-Baptiste, Andler Raphaël, Cogordan Chloé, Spilka Stanislas, Nguyen-Thanh Viêt, groupe baromètre Santé Publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019 ; (5-6) : 89-97
56. Coscas Sarah. Femmes et addiction. Dans : Reynaud Michel et al. Traité d'addictologie. Lavoisier, collection Traités ; 2016. Pages 116-121
57. McHugh Kathryn, DeVito Elise E., Dodd Dorian, Carroll Kathleen M., Sharpe Potter Jennifer, Greenfield Shelly F., et al. Gender differences in a clinical trial for prescription opioid dependence. Journal of Substance Abuse Treatment. 2013 ; volume 45 (1) : 38-43

58. Lambrette Grégory. La question du genre et des addictions. VST – Vie Sociale et Traitements. 2014 ; volume 122 (2) : 79-84
59. Barrault Marion. Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes. Psychotropes. 2013 ; volume 19 (3) : 9-34
60. Looze-Renault Constance. Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique : recherche qualitative auprès de patients dans le Nord Pas de Calais [Thèse d'exercice]. Lille, France : Université du droit et de la santé - Lille 2 ; 2017
61. Lindsay Anne R., Warren Cortney S., Velasquez Sara C., Lu Minggen. A gender specific approach to improving substance abuse treatment for women : The Healthy Steps to Freedom program. Journal of Substance Abuse Treatment. 2012 ; volume 43 : 61-69
62. Hoareau Emmanuelle. Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites). Dans : Whittaker Anne, traduction Chardronnet Ewen. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions ; 2013. Pages 34-45
63. Rosenzweig Philip. L'effet halo, ou les mirages de la performance. Le Journal de l'Ecole de Paris du Management. 2009 ; volume 79 (5) : 9-16
64. Assurance Maladie, CFES. La vie sans tabac, vous commencez quand ?
65. Papuchon Adrien. Rôles sociaux des femmes et des hommes. Dans : Demaison Catherine, Grivet Laurence, Maury-Duprey Denise, Mayo-Simbsler Séverine, Tagnani Stéphane. Femmes et hommes, l'égalité en question. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques ; 2017. Pages 81-96. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586548>
66. Simmat-Durand Laurence. Signalements et placements des enfants de mères toxicomanes [version abrégée d'un mémoire pour la soutenance d'une habilitation à diriger des recherches]. Versailles, France : Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines ; 2006
67. PsychoActif. Paroles de femmes. [En ligne]. Disponible : <https://www.psychosocial.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html>
68. Stocco Paolo. Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. Psychotropes. 2007 ; volume 13 (3) : 251-265

69. Brini Michelle, Carnino-Ilutovich Claudia. Femmes et alcoolisme, du manque à l'ivresse des ressources. *Thérapie familiale*. 2004 ; volume 25 (3) : 385-398
70. Dictionnaire de français Larousse. Honte. [En ligne]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/honte/>
71. Dictionnaire de français Larousse. Culpabilité. [En ligne]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culpabilité/>
72. Roche Sophie. Le rôle de la honte dans l'alcoolodépendance : une revue de la littérature. *Psychotropes*. 2017 ; volume 23 (1) : 47-58
73. Hogan Diane M. Parenting beliefs and practices of opiate-addicted parents : concealment and taboo. *European Addiction Research*. 2003 ; volume 9 : 113-119
74. Ernster Virginia L, Grady Deborah, Miike Rei, Black Dennis, Selby Joseph, Kerlikowske Karla. Facial wrinkling in men and women, by smoking status. *American Journal of Public Health*. 1995 ; volume 85 (1) : 78-82
75. Khan Sharaf, Okuda Mayumi, Hasin Deborah S., Secades-Villa Roberto, Keyes Katherine, Lin Keng-Han, et al. Gender differences in lifetime alcohol dependence : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcoholism : clinical and experimental Research*. 2013 ; volume 37 (10) : 1696-1705
76. Thibaut Florence. Alert out on tobacco and alcohol consumption in young European women. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2018 ; volume 268 : 317-319
77. Maddur Haripriya, Shah Vijay H. Alcohol and liver function in women. *Alcohol Research*. 2020 ; volume 40 (2) : 1-5
78. Becker Jill B. Sex differences in addiction. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2016 ; volume 18 : 395-402
79. McHugh Kathryn, Wigderson Sara, Greenfield Shelly F. Epidemiology of substance use in reproductive-age woman. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2014 ; volume 41 (2) : 177-189
80. Freedman Neal D., Leitzmann Michael F., Hollenbeck Albert R., Schatzkin Arthur, Abnet Christian C. Cigarette smoking and the subsequent risk of lung carcinoma in the men and women of a large prospective cohort study. *Lancet Oncology*. 2008 ; volume 9 (7) : 649-656

81. Dela Cruz Charles S, Tanoue Lynn T, Matthay Richard A. Lung cancer : epidemiology, etiology, and prevention. Clinics in Chest Medicine. 2011 ; volume 32 (4) : 1-61
82. Simpson Rachel F, Hermon Carol, Liu Bette, Green Jane, Reeves Gillian K, Beral Valerie. Alcohol drinking patterns and liver cirrhosis risk : analysis of the prospective UK Million Women Study. Lancet Public Health. 2019 ; volume 4 : 41-48
83. Mattson Sarah N., Bernes Gemma A., Doyle Lauren R. Fœtal alcohol spectrum disorders : a review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure. Alcoholism : clinical and experimental Research. 2019 ; volume 43 (6) : 1046-1062
84. Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. Haute autorité de Santé ; 2013. Pages 1-2. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/troubles_causes_par_lalcoholisation_foetale_reperage_-_fiche_memo.pdf
85. Croissant Jean-François. Familles et alcool. Et les enfants !? Thérapie Familiale. 2004 ; volume 25 (4) : 543-560
86. Tamian Isabelle. Le lien familial dans la problématique alcoolique. Psychotropes. 2017 ; volume 23 (1) : 59-87
87. Khan Sharaf S., Secades-Villa Roberto, Okuda Mayumi, Wang Shuai, Pérez-Fuentes Gabriela, Kerridge Bradley T. Gender differences in cannabis use disorders : results from the national epidemiologic survey of alcohol and related conditions. Drug Alcohol Dependence. 2013 ; volume 130 (0) : 101-108
88. Léon Christophe, Chan Chee Christine, du Roscoät Enguerrand, groupe baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2018 ; (32-33) : 637-644
89. Léon Christophe, Chan Chee Christine, du Roscoät Enguerrand, groupe baromètre santé 2017. Baromètre de santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019 ; (3-4) ; 38-47
90. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'addiction à l'alcool. [En ligne]. 2021. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
91. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 - Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. Les atteintes aux personnes. Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure ;

2019. Pages 143-210. Disponible : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>

92. Salmona Muriel. Des conséquences traumatiques encore méconnues. Le harcèlement sexuel. Presses Universitaires de France ; 2019. Pages 28-52

93. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Conséquences des violences sexuelles et prise en charge des victimes. Association Mémoire Traumatique et Victimologie ; 2015. Pages 46-79. Disponible : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>

94. Wilson Graeme B., Lock Catherine A., Heather Nick, Cassidy Paul, Christie Marylin M., Kaner Eileen F. S. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care : a survey of GP's attitudes and practices in england 10 years on. Alcohol and Alcoholism. 2011 ; volume 46 (5) : 570-577

95. Leaute Xavier, Barnabe Gilles, Vartanian Cyrille, Vigneau Caroline, Senand Rémy, Rat Cédric. Mise en œuvre d'actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire des addictions au sein d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires : quelles motivations, quels freins ? Exercer. 2017 ; volume 129 : 4-10

96. Pautrat Maxime, Riffault Vincent, Ciolfi David, Breton Hervé, Brunault Paul, Lebneau Jean-Pierre. Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients dépendants. Exercer. 2019 ; volume 156 : 347-353

97. Benkiran Leïla. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) : freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante [Thèse d'exercice]. Nice, France : Université de Nice-Sophia-Antipolis ; 2014

98. Hebert-Poncet Anne Laure. Médecins généralistes et patients alcoolodépendants sortant d'une cure de sevrage en alcool : « à l'écoute des maux » [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2015

99. Maynié-François Christine, Dupouy Julie, Conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants. Prendre en charge un patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool en médecine générale. Exercer. 2019 ; volume 152 : 175-181

100. Collins Claire, Finegan Pearse, O’Riordan Margaret. An online survey of Irish general practitioner experience of and attitude toward managing problem alcohol use. BMC Family Practice. 2018 : volume 19 : 1-6
101. Outil d’aide au repérage précoce et à l’intervention brève. Haute Autorité de Santé ; 2021. Pages 1-2. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_11_v0.pdf
103. O’Reagan Andrew, Cullen Walter, Hickey Louise, Meagher David, Hannigan Ailish. Is problem alcohol use being detected and treated in Irish general practice ? BMC Family Practice. 2018 ; volume 19 : 1-6
104. Petit Becquet de Megille Soline. Femmes médecins généralistes et relation médecin-patient : étude qualitative auprès de patients ayant déclaré une femme médecin traitant en Gironde [Thèse d’exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2019
105. Brispot Lydia. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de leur genre ? [Thèse d’exercice]. Toulouse, France : Université Toulouse III – Paul Sabatier ; 2013
106. Cousin Gaëtan, Schmid Mast Marianne. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s’en préoccuper ? Revue Médicale Suisse. 2010 ; volume 6 : 1444-1447
107. Fink Madelinn, Klein Kendall, Sayers Kia, Valentino John, Leonardi Claudia, Bronstone Amy, et al. Objective data reveals gender preferences for patients' primary care physician. Journal of Primary Care and Community Health. 2020 ; volume 11 : 1-4
108. Balint Michael. Introduction. Le médecin, son malade et la maladie. Payot ; 1988. Pages 9-18
109. Hoffman T., Voigt K., Kugler J., Peschel L., Bergmann A., Riemenscheinder H. Are German family practitioner and psychiatrists sufficiently trained to diagnose and treat patients with alcohol problems ? BMC Family Practice. 2019 ; volume 20 : 1-7
110. Andler Raphaël, Cogordan Chloé, Richard Jean-Baptiste, Demiguel Virginie, Regnault Nolwenn, Guignard Romain. Baromètre Santé 2017 Alcool et Tabac – Consommations d’alcool et de tabac pendant la grossesse. Santé Publique France ; 2018. 9 pages. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2017.-alcool-et-tabac.-consommation-d-alcool-et-de-tabac-pendant-la-grossesse>

VII. Annexes

A. Canevas d'entretien

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec votre accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à vos propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer votre pratique mais simplement de recueillir votre ressenti sur certaines situations.

Question brise-glace

Pouvez-vous me raconter votre dernière expérience médicale avec un patient dépendant ?

Thème : lien MG-addictologie

Que vous évoque la découverte d'une addiction ?

- Quelle image avez-vous du patient dépendant ?
- Quels obstacles (liés au patient, à vous, à la société, à la médecine) devez-vous affronter ?
- Quels outils vous permettent d'aller au-delà de ces obstacles ?
- Sans demande explicite du patient, comment abordez-vous le sujet ?
- Que ressentez-vous face à une telle découverte ?

Thème : lien addictologie-femme

A la lumière de ce que vous avez évoqué sur l'addiction en général, que pensez-vous de l'addiction chez la femme ? Comment voyez-vous l'addiction chez une femme ?

- Quelles spécificités/particularités observez-vous chez la femme ?
 - Somatiques, psychiques, sociales/environnementales
 - Consommations (produits, manière de consommer)
- Que recherchez-vous chez la femme, que vous ne recherchez peut-être pas chez l'homme ?
 - A quelles alarmes associez-vous une consommation féminine ?
- Quels obstacles (liés au patient, à vous, à la société, à la médecine) devez-vous affronter ?
- Quels outils vous permettent d'aller au-delà de ces obstacles ?
 - Que peut attendre la patiente de vous ?
- Comment vous sentez-vous face à la prise en charge d'une femme dépendante ?

Thème : lien MG-femme

Comment percevez-vous une femme qui vient vous consulter en médecine générale ?

- Quels motifs de consultation vous viennent à l'esprit ?
 - Somatiques
 - Psychologiques
 - Sociaux
- En quoi la consultation d'une patiente peut-elle être différente de celle d'un patient ?
 - Abord de la patiente
 - Techniques de communication, entretien
 - Examen clinique

Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je vous remercie d'y avoir participé.

Je vous tiendrai informé des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

B. Formulaire de consentement

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION À UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE (exemplaires participant et étudiant-chercheur identiques)

Je soussigné(e)

domicilié(e) à

accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine de Julie PEIFFER, ayant pour thème le vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction, lors d'un entretien enregistré le

Je déclare avoir été informé de façon loyale et claire de la confidentialité de cet entretien.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour l'étudiant-chercheur.

Fait à

Fait à

Le

Le

Signature participant :

Signature étudiant-chercheur :

C. Mail de recrutement

Bonjour à tous,

En dernier semestre de mon internat de médecine générale, je débute mon travail de thèse sur le thème du vécu du Médecin Généraliste face à une problématique d'addiction.

C'est une thèse qualitative, qui se construira donc grâce à des entretiens semi-dirigés, d'une durée d'environ 20 minutes, sur le thème de l'addictologie, autour de 3 grandes questions.

Je souhaiterais ainsi pouvoir m'entretenir avec des médecins généralistes en activité dans le département de la Drôme, qui ne travaillent pas en parallèle dans une structure d'addictologie.

Les entretiens peuvent être réalisés dans le lieu de votre choix pour plus de facilité.
Je m'adapterai à vos disponibilités.

Ils seront bien entendu anonymisés. Votre consentement pourra être retiré à tout moment.

N'hésitez-pas à me contacter pour plus d'informations.

Je serais très heureuse de pouvoir échanger avec vous sur le sujet !

Merci pour votre aide,

Confraternellement,

Julie PEIFFER

D. Entretiens

1) Médecin généraliste 1

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une femme dépendante.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec ton accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à tes propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer ta pratique mais simplement de recueillir ton ressenti sur certaines situations.

Est-ce que tu peux me raconter ta dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG1 :

Une femme ou un patient dépendant ?

EC :

Un patient dépendant, le premier qui te vient en tête.

MG1 :

Ma dernière expérience ?

EC :

Oui.

MG1 :

Euh... Si c'est le premier qui me vient en tête, c'est... Du coup c'est une femme parce que j'ai entendu que tu me parlais des femmes dépendantes.

EC :

Pas de souci.

MG1 :

Euh... C'est une femme dépendante à l'alcool, qui venait récupérer son dossier... (rires)... parce qu'elle me quittait... (rires)... pour changer de médecin. Euh... c'est une dame d'une soixantaine d'années...euh... qui a une dépendance **importante** à l'alcool et... depuis des années des années avec plusieurs... des consommations jusqu'à plusieurs litres par jour.

EC :

Mmmh.

MG1 :

Et... que j'ai suivi pendant à peu près un an, euh... et qui change régulièrement de médecin. Je n'ai fait que partie de la longue liste des médecins. Euh... j'ai commencé à la suivre parce que... j'ai été interpellée par sa sœur... euh, qui s'inquiétait de la consommation d'alcool de sa... de ma patiente. Et euh... et qui l'a poussée à consulter un médecin, un nouveau, parce qu'elle avait pas confiance en son médecin... qu'elle avait, pour un syndrome dépressif et aussi en même temps pour la consommation d'alcool. Euh... effectivement elle avait une consommation abusive dont elle avait conscience. Euh... qu'elle a réussi à certains moments à réduire, voire même arrêter pendant... au début du confinement en ne faisant plus les courses. Je n'ai jamais réussi...euh, à la convaincre, euh... ou lui donner l'idée d'aller consulter...euh, un addictologue. Et elle m'a demandé son dossier il y a de ça un peu moins de trois semaines...euh, parce qu'elle trouvait que j'étais difficile à joindre, et qu'il y a un médecin qui s'est installée à XXX, la commune plus proche.

EC :

D'accord.

MG1 :

Voilà.

EC :

Et qu'est-ce que tu as ressenti à ce moment-là ?

MG1 :

Euh... (silence).

EC :

Face à cette patiente ?

MG1 :

Mon premier sentiment c'était l'échec.

EC :

Oui.

MG1 :

Mon deuxième c'était...euh, non ce n'est pas un échec. Je l'ai réinscrit dans le soin, on ne peut pas sauver les gens malgré eux, elle a progressé. Elle reviendra peut-être, peut-être pas, c'est pas grave.

EC :

D'accord.

MG1 :

Voilà.

EC :

Et c'est quoi ta représentation d'un patient dépendant ?

MG1 :

Euh... La première ce serait pas forcément l'alcool ce serait le tabac, parce que je crois que c'est la dépendance la plus courante qu'on a. Donc ma représentation c'est quelqu'un qui s'intoxique en prenant de trop grosses quantités de quelque chose... ou faire quelque chose, parce que on peut aussi être dépendant aux achats, on peut être dépendant à plein de choses. Euh... et que, euh... ça a une conséquence sur sa vie... euh, négative.

EC :

D'accord.

MG1 :

Aujourd'hui ou plus tard.

EC :

Ok. Oui ?

MG1 :

Et du coup ma vision elle est assez large parce que... quand je recherche des dépendances, dans mes questionnements systématiques, quand je recherche les antécédents je recherche certaines dépendances. Je demande systématiquement le tabac, le cannabis, les drogues et l'alcool. Je recherche moins la dépendance aux écrans, je recherche moins la dépendance aux achats... compulsifs, ce genre de choses. Mais j'essaie d'être vigilante, et d'autant plus sur les femmes, parce que j'ai une de mes meilleures amies médecins qui a fait une thèse sur...euh, le tabac et les femmes et le fait qu'on les sous-diagnostiquait parce qu'on leur posait beaucoup moins la question de « est-ce que vous fumez ? ». Donc je... j'essaie de pêcher par excès, je pense que je... cherche encore plus chez les femmes que chez les hommes.

EC :

D'accord.

MG1 :

Ouais, ce qui est étonnant, c'est pas ce que montrent les études.

EC :

(Rires).

Ça marche.

Et donc...euh, finalement...euh, tu me dis que tu vas plus rechercher le tabac chez les femmes que chez les hommes, est-ce que tu perçois d'autres spécificités chez la femme dans sa dépendance par rapport à l'homme ?

MG1 :

(Silence).

Euh... Elle peut être des fois plus cachée, plus honteuse, je trouve, que les hommes. Euh... et je sais qu'elle est sous-diagnostiquée, c'est clair. C'est sûr. Euh... sous-évaluée, et après... mmmh, des fois j'ai l'impression, mais c'est peut-être une impression fausse, qu'elle sera moins importante dans le sens où il y aura moins d'excès, parce que... souvent, les charges familiales sont plus importantes chez les femmes, mais elles peuvent moins se permettre des fois ...euh, d'avoir des excès trop

importants par rapport aux hommes. Après la patiente dont je t'ai parlé, la première, c'est une patiente en l'occurrence qui a pas d'enfant.

EC :

D'accord.

MG1 :

Mais c'est... c'est un cas comme ça mais c'est pas le cas le plus typique, encore aujourd'hui j'ai vu combien de femmes qui fumaient, qui ont d'autres dépendances, aux benzodiazépines aussi... j'essaie de faire attention mais ça... c'est compliqué aussi.

EC :

D'accord.

MG1 :

Donc chez les femmes je trouve que les... substances sont différentes... les prises sont différentes... et la façon d'aborder les choses est différente.

EC :

D'accord.

Et comment est-ce que tu abordes alors une... une femme dépendante ?

MG1 :

Et ben j'essaie déjà de dépister lors de la première consultation.

EC :

Oui.

MG1 :

Euh... j'insiste pas quand on me répond oui ou non, enfin quand on me répond oui j'essaie d'aller plus loin, de creuser... mais, quand je sens que c'est compliqué...voilà, je... il m'arrive de glisser des phrases du style... euh, « vous savez que je suis là pour en parler »... ou « on en reparlera une autre fois »... euh, je dépiste aussi pas mal la violence, il y a quand même souvent un lien entre violence et addiction. Pareil, parce que, dépister la violence c'est quelque chose qu'on fait pas forcément... et je le fais plus chez les femmes que chez les hommes... (rires). Je soigne peut-être mieux les femmes que les hommes, c'est pas bien (rires). Euh.... après, comment moi est-ce que je dépiste... euh, en fait ce qui me pose problème, c'est... mais autant chez les femmes que chez les hommes, c'est de dépister les patients qui sont déjà connus. C'est tellement plus facile d'arriver, de rencontrer un patient pour la première fois, de faire un dossier, de dépister. Que quelqu'un qu'on suit depuis des années ou qui est suivi depuis des années dans le cabinet et qui vient nous voir pour une angine. On va pas forcément, si on sent pas l'odeur de la cigarette, lui demander si il fume.

EC :

Mmmh.

MG1 :

Euh... si on fait pas une prise de sang avec des GGT, on va pas forcément redemander quelle quantité d'alcool ils boivent par jour. Redonner les normes ça c'est quelque chose qu'on va faire moins facilement... euh, voilà.

EC :

D'accord.

Donc là pour toi c'est un obstacle de... dépister un patient connu. Est-ce que tu... t'en vois d'autres des obstacles à la prise en charge d'un patient dépendant et... plus particulièrement d'une femme ?

MG1 :

(Silence).

Euh... pfo, y'en a plein des obstacles ! Y'a...euh, le temps qu'on a, de chaque consultation qui est trop court et que du coup on a pas le temps d'aller au fond des choses. Après le temps qu'on peut accorder pendant la consultation mais aussi... la prochaine consultation enfin... moi je commence à avoir du délai et... des fois on met le doigt sur des choses et on a pas le temps de creuser. Donc je dirais le manque de temps médical, c'est clairement pour moi quelque chose... une vraie problématique. Chez les femmes, c'est le temps que elles-mêmes peuvent accorder à leur santé, une fois qu'elles ont fait leur boulot, une fois qu'elles ont fait leurs tâches ménagères, une fois qu'elles ont géré les enfants... Je trouve c'est une autre difficulté. Après... euh, elles viennent pas pour elles en fait. On les voit pour la contraception, au mieux, mais on... voit très peu de femmes consulter pour elles... quand elles ont des douleurs. Euh... les autres difficultés c'est des fois le moyen de transport c'est tout bête, mais je suis plusieurs femmes... euh, qui n'ont pas de permis, qui n'ont pas de voiture, alors peut-être plus aussi quand c'est des mamans de la PMI ou quand... c'est des dames que je vois au planning familial mais... euh, c'est bête mais le moyen de transport c'est un frein comme un autre. Euh... après c'est le fait qu'elles soient pas toujours seules non plus pendant la consult.

EC :

Mmmh.

MG1 :

Ça c'est un frein aussi important je trouve. Euh... quel autre frein je pourrais trouver au dépistage... euh... (silence). Ben le fait qu'on soit aussi mal à l'aise (en tant que) médecin, tout simplement, des fois il y a des sujets qu'on a pas envie d'aborder, qu'on n'arrive pas à introduire de la bonne manière, parce que c'est plus facile d'introduire dans un questionnaire systématique, que de réussir à aborder la chose... euh, 'fin c'est facile quand on fait un lien et que le lien il est évident pour le patient... « ah bah c'est la quatrième fois que vous venez me voir pour une angine, ah bah peut-être que vous allez arrêter de fumer ou de boire de l'alcool », « ah bah on vient de dépister un cancer ORL, et bah on va peut-être essayer de voir un petit peu pourquoi vous avez ce cancer-là, est-ce que vous consommez

beaucoup d'alcool ». Alors que quand il y a pas de lien, et que c'est quand même important, bah c'est plus difficile de dépister que quand il y a un lien ou qu'ils viennent pour un examen un peu systématique.

EC :

D'accord.

MG1 :

J'ai pas d'autre idée qui me vienne en tête.

EC :

Oui.

Et du coup tes astuces pour essayer de... de parer ces obstacles ?

MG1 :

(Rires).

Euh... je prends vingt minutes par consultation, c'est un choix personnel.

EC :

D'accord.

MG1 :

Ça veut dire que je perds beaucoup de temps par rapport à d'autres médecins, et du coup je me rémunère moins. Mais euh... c'est une façon de voir les choses. Euh... je bloque quarante minutes pour tout nouveau patient, ce qui me permet de pouvoir poser toutes les questions que je veux poser (sourire). Euh... j'essaie de faire un examen un peu complet, à rechercher des signes... euh, d'alcoolisation ou rechercher des signes... euh, d'intoxication tabagique, rechercher des signes de piqûres, rechercher des signes de mal-être, rechercher des signes de violences. Ce qui voilà...euh, les conséquences, les causes... euh, j'essaie d'être un peu systématique sur mes examens, d'être systématique sur mes questions, voilà, mes recherches d'antécédents. Euh... et après j'essaie d'y penser régulièrement mais... euh, j'oublie aussi (rires).

EC :

(Rires).

D'accord...euh...ok.

Et à ton avis, une patiente qui consulte...euh, en général, qu'est-ce qu'elle peut attendre de toi en fait, pourquoi elle viendrait te voir, qu'est-ce qu'elle attend finalement ?

MG1 :

Qui consulte sur ce motif là ou sur un autre motif ?

EC :

Sur ce motif.

MG1 :

Sur le motif de...

EC :

De la conso... enfin de la dépendance. Enfin peut-être pas exprimée comme ça mais...euh, du tabac, de l'alcool, ou de... ?

MG1 :

Bah déjà ce serait bien qu'elle attende de moi... euh, pas de jugement, une absence de jugement. Je trouve, je pense que c'est vraiment ce qu'il y a un peu de plus important et c'est aussi un frein important aussi au patient que... pour s'exprimer parce que c'est sûr que si on est dans le jugement... et ben, ils peuvent pas s'exprimer librement. Euh... je pense qu'elle attend de moi des fois des conseils sur une marche à suivre soit pour un arrêt soit pour... euh, un accompagnement, soit pour... euh, renvoyer à une personne compétente... euh, après des fois ils viennent pour une aide médicamenteuse, c'est quand même assez fréquent, entre autres maintenant le patch... parce que quand je fais du conseil minimal maintenant je rajoute systématiquement « et vous savez que le patch est remboursé par la sécurité sociale ? ». Euh... ça marche un petit peu, ça m'a permis d'en attraper un peu plus je dirais. Après je sais pas ce qu'ils peuvent attendre d'autre que du soutien de ma part.

EC :

Ça marche, ok.

Et... euh, sur la femme en général... euh, finalement quand une femme vient consulter, que tu vois son nom dans le planning, est-ce que ça t'évoque des choses en particulier, notamment au niveau des motifs de consultation ?

MG1 :

(Hésitation).

Non. Non je...fin, peut-être inconsciemment, mais consciemment je me dis pas parce que c'est une femme elle va me parler de ça ou de ça. C'est plus une question de mois, ou une question de... je m'explique : de mois, c'est sûr qu'en septembre ou en juin, une personne jeune, je vais me dire « tiens c'est pour le renouvellement du certificat »... euh, pour le sport... euh, mais je vais pas me dire... euh, ce que le motif... euh, « ah bah c'est une femme ça va être pour son frottis ». Non.

Pas trop, généralement, quand je regarde les noms des patients, sauf les patients que je connais bien et que je suis pour certains problèmes particuliers, je me dis pas...euh, ah bah si c'est une femme ça va être pour ça, si c'est un homme ça va être pour ça. Pas trop.

EC :

D'accord. Ok.

Et pour les consultations générales, en quoi une consultation de femme peut être différente d'une consultation d'homme ?

MG1 :

Hum hum... (silence)... euh, c'est différent parce qu'il faut garder en tête qu'elles sont sous-diagnostiquées. Je me répète mais...euh, ne serait-ce que pour l'infarctus chez la femme, c'est hyper sous-diagnostiqué, et je pense qu'il faudrait qu'on s'oblige à garder ça en tête à chaque fois qu'on a une femme devant nous en disant « on sous-diagnostique les femmes sur ça, sur ça, sur ça, sur ça, sur ça, donc il faut être d'autant plus vigilant ». En tout cas quand on a un diabétique en face de nous on se dit, oulala, on va sous-diagnostiquer l'infarctus, il faut rester vigilant à l'infarctus, et ben c'est pareil pour la femme je trouve... qui faut être plus vigilant là-dessus, quelques fois je vais être plus vigilante sur certains risques psycho-sociaux sur les violences entre autres, qu'elles peuvent survenir, et d'autant plus, avec le confinement et le déconfinement. Euh... et après sur tout ce qui est suivi de la contraception et tout ça, je vais être davantage vigilante sur une femme que sur un homme. Euh... après sur le dépistage ils sont juste différents, donc on dépiste en tout cas les femmes plus jeunes que les hommes, ils ont moins de dépistage. Je dirais plutôt ça oui.

EC :

Et au niveau de la communication ? De l'abord ?

MG1 :

(Silence).

Je sais pas si j'ai une communication différente avec les hommes ou les femmes ou si c'est juste une communication différente avec chaque patient. J'ai pas l'impression que j'aborde la femme différemment de l'homme, probablement que je le fais mais c'est très inconscient, et je suis pas sûre que toutes les femmes je les aborde de la même manière et tout... 'fin c'est sûr que non mais est-ce que vraiment j'ai un abord différent...euh, est-ce que cet abord-là, la différence elle est vraiment liée au sexe ou il y a d'autres facteurs je sais pas. Peut-être que les femmes jeunes je m'identifie plus et du coup j'ai un abord plus... plus simple, mais... euh, c'est plus sur des identifications de... euh, la dame âgée que je vais identifier à ma grand-mère... euh, la dame jeune maman que je vais m'identifier... euh, l'ado je vais m'identifier il y a de ça quelques années... (rires), mais c'est plus sur l'identification qu'elle va être différente je pense.

EC :

D'accord.

Et donc si le patient consulte pour un... un problème de dépendance, homme ou femme, la communication... euh, restera la même ?

MG1 :

J'espère. J'espère, après... euh, je sais pas. Je vois beaucoup plus de femmes dépendantes que d'hommes dépendants. Parce que je vois peut-être beaucoup de femmes... (rires). Donc je suis biaisée.

EC :

D'accord.

Donc si on parle de l'addiction en général... euh, les obstacles... euh, semblent être les mêmes pour l'homme ou la femme, sauf peut-être ce que tu as pu exprimer au niveau peut-être des violences, du contexte psycho-social.

MG1 :

Oui. Des difficultés avec le soin, que ce soit par le temps ou par la voiture.

EC :

Oui, d'accord.

Est-ce que tu penses à quelque chose à rajouter ?

MG1 :

Euh... Ma vision de la prise en charge des addictions elle a un peu changé cette année parce que.. euh, on a une infirmière Asalée qui s'est installée dans le cabinet, et que elle suit les patients chroniques, et elle a une formation particulière en tabacologie, entre autres. Et du coup maintenant... euh, je vais facilement lui envoyer du monde, c'est une femme en plus, 'fin en plus, mais en l'occurrence, je pense qu'elle m'aide à rester plus vigilante sur le dépistage de... euh, du tabagisme entre autres comme addiction parce que... euh, je sais que derrière elle pourra... euh, m'aider à prendre en charge ces patients et.. euh, du coup, c'est plus facile de pouvoir dépister quand on sait que derrière on a des choses qui nous sont proposées et qu'on va pas rester sur « je vais vous soutenir mais je peux pas faire grand-chose d'autre parce qu'il y a trop de délais, parce que c'est impossible, parce que j'ai pas le temps quoi ». Après quand on parle d'addictions chez les femmes, je pense à cette femme alcoolique que j'ai suivi, je pense à une dame actuellement enceinte que j'ai suivi pour des renouvellements de Tramadol à répétition, donc c'était une addiction médicamenteuse, ou là je viens de découvrir qu'il y aurait effectivement des faits de violences dans son couple ce qui n'est pas étonnant, mais que j'ai pas réussi à dépister correctement donc je me pose quand même des questions là-dessus. Après je pense à une dame tabagique que j'ai vu aujourd'hui... euh, voilà, j'ai pas mal de... je pense que j'ai un panel d'addictions assez large dans ma patientèle... euh, et à chaque fois c'est plutôt des femmes. Pas que mais... voilà.

EC :

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je te remercie d'y avoir participé.

Je te tiendrai informée des résultats de cette étude si tu le souhaites.

2) Médecin généraliste 2

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une femme dépendante.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec ton accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à tes propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer ta pratique mais simplement de recueillir ton ressenti sur certaines situations.

Est-ce que tu peux me raconter ta dernière expérience avec un patient dépendant ?

Donc sur le thème de l'addictologie ?

MG2 :

Pas forcément une femme ?

EC :

C'est ça.

MG2 :

D'accord.

Euh, dernière expérience hier matin, 9h, je vois M. R., que je vois extrêmement rarement, parce que je suis surtout son épouse parce qu'il est pas dans une démarche de soin. C'est un monsieur qui est éthylo-tabagique depuis je pense 40 ans. Et ma dernière expérience, euh, voilà, c'est ça. C'est un monsieur qui est suivi par un collègue psychiatre, qui pour moi n'est absolument pas dans une démarche de soin puisqu'il n'est pas adhérent à... toutes les propositions que je lui fais, il ne revient pas à ses rendez-vous de suivi, il ne... je pense pas qu'il prenne son traitement... du côté psychiatrique comme il faut... il n'a jamais accepté la mise en place des différentes consultations spécialisées en addictologie que je lui ai proposé... voilà donc ça c'est ma dernière expérience dans le temps.

EC :

D'accord.

MG2 :

Ou plutôt une mauvaise expérience, heureusement elles sont pas toutes comme ça... (rires).

EC :

Et comment tu te représentes le patient... dépendant ?

MG2 :

Dépendant. Et ben... j'ai appris de par ma formation qu'en fait on n'a pas vraiment de représentation et que ça peut toucher tout le monde... euh parce que comme je t'ai dit, j'ai travaillé six mois en addictologie... et du coup j'ai bien vu que... euh, le stéréotype classique.... euh, du patient homme de quarante-cinq ans CSP moins éthylique tabagique ou... quelque forme de dépendance à des médicaments ou à des substances licites ou illicites, en fait il est pas vrai. Parce que ça touche vraiment... euh, toutes les strates de la population... euh, peu importe l'âge, le sexe, le niveau éducatif, socio-professionnel ou environnement familial et du coup ce schéma moi il a été... le stéréotype il a été cassé... euh, dans ma formation pendant que j'étais interne.

EC :

D'accord.

Et... euh, quand un patient, donc dépendant, vient consulter au cabinet... euh, pour toi quels vont être les obstacles à son dépistage, sa prise en charge ?

MG2 :

Alors je pense que le premier obstacle, c'est qui faut vraiment qu'on soit dans une relation... euh, une relation de confiance, donc... euh, c'est plus simple quand le patient me connaît déjà, quand c'est un patient que je suis, pour... euh, je sais pas, pour une hypertension, ou quelque chose. Et... euh, au fil du temps, ce qu'on, quand il arrive à, où moi je soupçonne cette histoire de dépendance à quoi que ce soit, et quand il arrive à m'en parler je sais que là déjà, on se connaît, sur le plan somatique, et que là il... m'accorde sa confiance pour me parler de son problème de dépendance, là je sais que le premier obstacle il va être levé, puisque le premier obstacle pour moi c'est la confiance et le fait qu'il sait que moi je vais pas le juger... et qu'il peut tout me dire. Le premier obstacle c'est ça c'est la confiance, la relation, voilà je pense qu'il faut bien connaître son patient pour qu'il puisse nous parler de ça. Donc premier obstacle c'est la méconnaissance je pense de son patient ou la méfiance, ou la manque de confiance qui pourrait exister du patient vers le médecin.

Euh... il y a plein d'autres obstacles je pense... euh, vraiment le, la problématique que va engendrer la dépendance, avec un problème de...euh, régularité dans le suivi. Euh, à chaque fois ça leur, quand on, moi je sais que les patients que je suis comme ça ça leur demande un effort de venir parce qu'ils savent qu'on va reparler de leur problème... on va remettre le point, on va ré-appuyer sur les endroits qui sont pas très agréables et des fois, bah voilà, ils peuvent rapidement trouver une excuse en disant, bah j'étais pas bien, j'ai pas pu, ou des choses comme ça. Donc c'est plutôt on va dire l'observance aux consultations. Voilà, de temps en temps ils annulent, ils annulent un petit peu parce qu'il y a un problème XY et c'est que, c'est parce que soit ça va pas bien parce qu'ils ont replongé... euh, ils sont pas bien ils ont reconsommé du coup ils veulent pas venir nous le dire... euh, ils se sentent...euh, ou coupable ou honteux d'avoir trahi... voilà, la confiance que j'avais en eux des choses comme ça. Je pense que c'est ça, c'est le problème de confiance entre nous, le patient a du mal à nous laisser, et le problème d'observance... euh, du rythme des consultations.

C'est à peu près les deux seuls obstacles que je vois.

EC :

D'accord.

Et comment tu fais pour aller au-delà ?

MG2 :

(rires)

Et ben, je reconvoque systématiquement mes patients, je reconvoque systématiquement alors... en leur précisant bien que... euh, on se revoit, je sais pas, vendredi à telle heure... euh, que c'est comme ça et peu importe, peu importe ce qui se passe, on se revoit, on fait le point et on en reparle. Voilà. Que ça soit par rapport à un traitement qu'on a essayé, par rapport à... à des exercices qu'on aurait pu mettre en place, ou des suivis qu'on aurait pu mettre en place avec d'autres spécialistes médicaux ou paramédicaux. Voilà je les reconvoque systématiquement. Et ils viennent ou ils viennent pas, en fonction de comment ils le sentent... et quand ils viennent pas souvent je me dis, ah, il y a des choses qui ont dû se passer pas très bien, et que, voilà, en général je passe un coup de fil... je leur dis, bah vous êtes pas venus... euh, on se revoit finalement la semaine prochaine ou... on replanifie un rendez-vous et là je leur laisse la porte ouverte, pour savoir si ils veulent vraiment continuer à ce qu'on... qu'on se voit. Ou si ils préfèrent, voilà, si ils se sentent pas prêts pour l'instant et que... voilà c'est pas le moment on en reparle pas et... je leur laisse le choix.

Mais je les rappelle systématiquement. Et je reconvoque.

EC :

Ok.

MG2 :

Dès qu'ils sortent je reconvoque. Et ils partent et ils ont leur rendez-vous. Et ils le savent, c'est écrit, sur l'ordonnance, sur leur post-it, sur leur... voilà.

EC :

Oui, d'accord.

MG2 :

Je sais pas si c'est la meilleure technique mais... euh, je fais comme ça.

EC :

D'accord.

Et du coup tu parlais de confiance tout à l'heure, donc une fois que ces patients sont... euh, dans le cabinet, face à toi... euh, comment, comment tu fais pour travailler ça ?

MG2 :

Alors première chose moi je, j'insiste beaucoup sur la... le fait que en effet je suis pas là pour les juger, je suis pas leur père, leur instituteur, ou quelque chose comme ça, je vais pas leur donner des notes, des bons points... euh, et, je ne vais pas juger, et... en aucun cas... euh, je vais les culpabiliser, sur une rechute ou sur une consommation. Je leur explique clairement que, moi je suis là pour les aider, si ils veulent être aidés, si ils veulent qu'on essaie de régler cette pathologie, je leur parle beaucoup de pathologie, euh j'essaie de gommer le fait que ça soit... une faiblesse de l'âme ou... voilà. Je déculpabilise... euh, je rassure en disant que ça touche tout le monde, que je suis pas là pour les juger, que moi je suis là pour les aider.... Et, et qu'on va tout faire pour les aider. Voilà, j'essaie de, voilà de les mettre à l'aise là-dessus.

EC :

Mmh.

Et si le patient arrive au cabinet sans demande... euh, particulière au sujet de... d'une potentielle addiction, comment tu peux aborder le problème ?

MG2 :

Alors je le fais beaucoup quand je revois, quand je vois pour la première fois un patient. La première fois que je vois un patient... voilà, dans notre examen clinique, enfin dans notre questionnaire un peu classique, on parle de son vaccin DTP, etc, etc. et puis euh, maintenant je rajoute systématiquement deux petites choses que j'ai apprises : c'est bah, les consommations, voilà, d'alcool, tabac, peu importe, toxique, produit licite ou illicite, et les violences faites aux femmes. Dernièrement, j'ai pensé à le rajouter systématiquement. Et je le fais bien... je le fais systématiquement, pour ça je suis assez bien. Et après quand j'ai une suspicion, d'une consommation, je me dis... euh, des perturbations biologiques, ou... euh, une odeur ou... euh, ou sa femme m'a dit que... ou je l'ai croisé... dans la rue et j'ai trouvé qu'il était visiblement sous l'emprise de substances... euh, je leur en parle. Je leur en parle, je pose la question, je leur dis... je demande simplement, une question ouverte... euh, est-ce que vous consommez de l'alcool... est-ce que vous fumez... est-ce que vous consommez d'autres substances, etc. et puis en fonction de leur attitude et de leur réponse et ben, je rebondis ou pas. Voilà, pour savoir... euh, si je peux... ouais, si je peux les aider sur ce point-là, en leur expliquant que... euh, à partir du moment où je leur pose la question... euh, je pense que j'arrive à leur mettre dans leur esprit que... ils peuvent m'en parler. Voilà, si on parle pas de problème sexuel, si on parle pas de problème d'alcool, si on parle pas de problème de drogue, le patient il va se dire, bah le médecin il s'en occupe pas de ça. C'est pas son truc il nous pose même pas la question. Alors que... le fait de lui poser la question, il sait qu'il peut m'en parler, ça sera peut-être pas cette fois, ou la fois d'après. Donc bah j'essaie d'être systématique sur les premières consultations, mais après c'est... euh, enfin très honnêtement, les consultations standards de suivi, si j'ai pas de doute... particulier... si le patient m'en parle pas particulièrement, à chaque consultation je leur repose pas la question très honnêtement.

EC :

D'accord. Et tout au long de ce suivi ou... de ces suspicions... qu'est-ce que tu ressens ?

MG2 :

Alors, moi je me, enfin, je me dis que j'ai, je, gère pas bien le dialogue, quand ils arrivent pas à m'en parler, et que moi je suis persuadé qu'il y a un problème. Je me dis que je dois pas avoir les bonnes techniques de dialogue, et d'interaction et d'entretien... euh, pour qu'ils puissent se sentir suffisamment à l'aise pour m'en parler. Donc là c'est plutôt... je me dis que je... suis pas bon, pas bon là-dedans, faut peut-être que je le travaille, faut peut-être que je me forme plus, si je suis pas bon... euh, après voilà, après j'essaie de... je sais que c'est compliqué comme prise en charge, pour l'avoir faite je sais que c'est compliqué... je sais que c'est... un travail au long court, je sais que les pourcentages de succès sont pas extraordinaires... que voilà, le parcours du patient dépendant est émaillé de rechutes... euh, de guérisons... euh, de grosses rechutes, de grosses périodes de guérison ou de choses comme ça donc euh, je... je m'attends un petit peu à tout du jour au lendemain. Donc je suis plutôt apaisé, parce que je sais que... je sais pas comment ça va se passer, je sais qu'on peut craindre quelque chose... euh, mais c'est surtout bah quand ils m'en parlent pas et je sens quelque chose où là je me dis : je dois pas être bon. Je dois pas être bon sur l'interrogatoire, sur euh... sur la relation en fait, il doit pas avoir suffisamment confiance en moi ou... je dois, je sais pas, je dois être... euh, il doit penser que je suis pas capable de gérer ou, je sais pas, un truc comme ça.

EC :

D'accord.

Et du coup, tu parlais de violences conjugales tout à l'heure.... euh, homme, femme, peu importe, les questions sont posées à... aux deux sexes indifféremment ?

MG2 :

Non. Très honnêtement non. C'est vrai que... pour avoir fait quelques petites conférences sur les violences faites aux femmes, c'est un petit peu comme la dépendance, si on pose pas la question on aura très rarement une... c'est rare que la patiente vienne dans le cabinet en disant, docteur... je suis battue, aidez-moi. On fait des certificats de coups et blessures... euh, d'ailleurs plutôt sur une période de garde que, qu'au cabinet... euh, mais je sais que si on le dépiste pas on le trouve pas. Mais si on pose pas la question, y'a pas de déclic qui vont se faire... euh, dans le cerveau de nos patients... -tes... euh, en leur disant ah bah mon médecin s'y intéresse ça veut dire qu'il peut peut-être m'aider. Et enfin du moins je peux lui en parler. Mais c'est vrai que.... euh, les violences faites aux hommes, c'est pas systématique, c'est même... j'ai eu deux/trois patients où je suspectais quelque chose, je leur ai posé des questions ouvertes... ça a pas... ça a pas abouti, mais... euh, je pose pas systématiquement la question... euh, la question aux hommes sur les violences. C'est pas bien ça (rires) ! C'est plus rare mais c'est pas bien.

EC :

D'accord.

Donc euh... finalement tu associes les... l'addiction chez la femme aux violences, enfin tu peux associer les deux ?

MG2 :

Ouais... oui je sais que c'est un facteur de risque. Euh... quand on est sous l'emprise d'alcool, on peut être violent... mais on peut aussi se faire violenter. Parce que on maîtrise moins ses gestes, on peut avoir des propos déplacés, des choses comme ça... donc je le prends dans les deux sens. Je sais qu'à partir du moment où dans le... dans la cellule familiale il y a quelqu'un qui consomme trop... ou qui a une dépendance quelle qu'elle soit... j'essaie d'aller chercher si il y a pas des violences. Voilà.

EC :

D'accord.

MG2 :

C'est plutôt dans ce sens-là. Mais après la personne dépendante... je suis pas sûre qu'elle soit... enfin si, j'imagine qu'elle est statistiquement... euh, plus auteur de violences.... euh, mais je pense qu'elle peut être aussi victime de violences... ouais, je pense les deux.

EC :

D'accord.

MG2 :

Dans ma tête je fais un lien.

EC :

Ok.

Et euh... quelles particularités tu pourrais observer... d'autres, chez la femme qui consomme ?

MG2 :

Je pense que la culpabilité elle est encore plus grande chez les... les différentes femmes que je suis ou que j'ai suivi... euh, qui étaient dépendantes. Et je trouvais que la culpabilité était encore supérieure à celle des hommes. Elles se sentaient vraiment... euh, encore plus coupables de consommer parce que... les femmes, c'est... ça ne boit pas d'alcool (ton ironique). Euh... voilà, je pense que c'est surtout la culpabilité du coup c'est vraiment... c'est, c'est moins souvent quelque chose de mondain, de festif, au départ c'est... j'ai l'impression que c'est souvent un peu plus caché. C'est souvent des... des 4, 5, 6 petites expériences que j'ai eues, c'était des choses plutôt, voilà, toute cachée dans son petit coin.

EC :

D'accord.

Et donc, je reviens encore sur les violences mais, est-ce que... euh, enfin, est-ce que tu recherches autre chose, euh, vraiment, est-ce qu'il y a d'autres alarmes chez une femme qui consomme ?

MG2 :

Je comprends pas « alarme ».

EC :

Euh... oui la question initiale c'était : que recherchez-vous chez la femme que vous ne recherchez peut-être pas chez l'homme qui consomme, notamment des... en lien avec les violences ou... Non c'est... ?

MG2 :

Bah, à partir du moment où... une femme me dit qu'elle consomme.... euh, je vais forcément à un moment ou à un autre lui poser la question de... euh, est-ce que ça a entraîné des traumatismes... euh, sur une alcoolisation massive, des chutes, des choses comme ça. Et dans ce cas-là on va... je vais avoir un examen clinique... et sur l'examen clinique il est clair que si je vois des séquelles de chutes, ou de traumatismes, ou d'aspect compatible avec une... ou un geste... on va dire, voilà, hétéro agressif... là, là je vais rebondir sur les violences qu'elle pourrait recevoir ou qu'elle pourrait... ou que son état de dépendance pourrait déclencher. Mais j'ai pas de schéma tout prêt dans ma tête, en me disant : elle est dépendante, il faut que je cherche, ça, ça, ça, et ça.

EC :

D'accord.

MG2 :

Non j'ai pas... ça c'est pas dans ma tête.

EC :

Et en fonction de l'âge de la femme ?

MG2 :

Non je pense pas que j'ai... je pense pas avoir d'attitude différente. Euh... en fonction de l'âge de la femme. Pour avoir des femmes jeunes qui consomment et des femmes... très âgées euh... qui consomment, non j'ai pas... je fais pas de grosse modification si ce n'est le retentissement sur le... la sphère professionnelle... que les retraitées auront moins quoi. C'est... non c'est... pas systématiquement. C'est plutôt l'environnement... de la personne qui va me faire poser des questions. Si c'est une femme seule... euh, c'est vrai que je vais moins lui poser des questions sur le retentissement avec ses enfants, son conjoint. Euh... si c'est une femme retraitée, je vais moins lui parler de la sphère professionnelle... Non je pense pas que j'ai des choses liées à l'âge, en particulier.

EC :

OK. C'en est déjà.

MG2 :

Oui ! (rires).

Oui bah après, c'est vrai que de toute façon on pose pas les mêmes questions à 80 ans qu'à 25 ans.

EC :

C'est vrai. Et donc tu... tu parlais de culpabilité chez la femme qui était beaucoup plus forte...

MG2 :

C'est ce que je ressens, moi je trouve que voilà, elles se sentent encore plus coupables et du coup je trouve que leur.... euh, les tableaux dépressifs, notamment... euh, sont je trouve plus sévères, j'ai l'impression, dans mon vécu, qu'ils sont encore plus sévères que celui de l'homme dépendant.

(silence)

Parce qu'il y a souvent le, il y a souvent le... la filiation avec les enfants qui rentre en compte. Donc elles ont de la culpabilité par rapport à leur sexe parce que le schéma dans leur tête c'est... une femme ça ne fait pas ça. Et puis après la culpabilité pour les enfants, qu'ont beaucoup moins les hommes, je trouve. La peur de se faire enlever ses enfants... ou la peur de jamais les récupérer s'ils ont déjà été placés des choses comme ça... c'est des choses... euh, où là il y a une culpabilité qui est beaucoup plus importante je trouve.

EC :

Et... qu'est-ce qui pourrait t'empêcher de prendre en charge une femme autre que ces choses-là ?

(silence)

Enfin, dans le terme « empêcher », je veux dire... euh, quelles difficultés ? tu parlais de culpabilité, de famille, d'enfants... est-ce qu'il y a autre chose ?

MG2 :

Nan, la grosse difficulté je pense que c'est le fait qu'elles avouent cette surconsommation, de quelque produit que ce soit. Je pense que c'est surtout ça. Je pense qu'elles cachent plus encore que les hommes... à cause de cette culpabilité. C'est moins.... Des fois les hommes ils, sur un coin du bureau, ils... disent « oui et puis on me dit que je bois beaucoup quand même docteur », c'est jamais des choses que j'ai entendues dans la bouche d'une de mes patientes... je trouve que c'est plus compliqué donc ces difficultés-là, de confiance que j'expliquais tout à l'heure, j'ai l'impression qu'elles sont encore plus marquées chez la femme. Parce que c'est encore plus secret, c'est encore plus dans la culpabilité, des choses comme ça. Donc... euh, j'essaie de temps en temps de, voilà, poser des questions, des perches et puis soit c'est évincé très rapidement, la thématique, ou alors soit il y a des petits trucs qui ressortent et là je me dis... ah !, on a gagné, on a peut-être trouvé quelque chose, on va peut-être pouvoir rebondir et parler de ça.

EC :

D'accord.

Et ton ressenti face à une femme dépendante, par rapport à un homme, est-ce qu'il peut être différent ?

MG2 :

(silence)

J'ai l'impression... pareil mon expérience n'est pas énorme, mais j'ai l'impression que la dégradation de l'état somatique, j'ai l'impression que c'est plus rapide. Je sais pas si c'est une vue de l'esprit, mais j'ai l'impression que c'est plus rapide et c'est vrai que je me fais... plus de soucis on va dire, je m'inquiète plus sur le plan somatique sur une femme dépendante que sur un homme, parce que j'ai l'impression que la dégradation de l'état général et les complications d'usage de la substance est plus rapide. Mais c'est peut-être dans ma tête. Ça vient aussi peut-être de ma représentation de la femme qui serait plus faible... (rires). Nan mais c'est vrai, ça vient peut-être de là !

EC :

Ok.

MG2 :

Je sais pas, j'ai l'impression.

EC :

Et donc quand une femme en général, hors contexte « addictologie », vient te consulter, ça t'évoque des choses différentes ? Au niveau du motif de consultation par exemple ?

MG2 :

Mmm... je comprends pas.

EC :

Quels motifs de consultation peuvent te venir à l'esprit quand c'est une femme qui consulte, par rapport à un homme ?

MG2 :

Tu veux dire en dehors des problèmes gynécologiques ? Non je vois pas de différence particulière. Non pas là.

(silence)

Je vois pas... enfin, je pars pas sur « ah ben tiens elle doit venir pour ça ». Non. Je fais pas de différence, dans ma tête du moins. Après les patients et les patientes, je les connais en majeure partie donc parfois je me dis ah !, elle, elle va venir me parler de ça, ou lui il va venir me parler de ça, mais non en général, je... j'ai pas... en dehors des pathologies spécifiquement liées à l'homme ou la femme, j'ai pas de... j'ai pas d'autre truc.

EC :

D'accord.

Et je reviens toujours sur le plan général, je sors un petit peu de l'addiction, en quoi... euh, la consultation d'une femme pourrait être différente de celle d'un homme ? Peut-être que je me répète et que ça t'évoque les mêmes choses qu'avant, mais est-ce qu'au niveau de la communication, de l'abord, comment ça peut être différent ?

MG2 :

Non je pense que... dans mon interrogatoire auprès des patientes... euh, je pense que j'explore plus la sphère familiale. Parce que c'est souvent elles qui gèrent... euh, tout, et... je leur parle plus facilement de « et le petit dernier comment ça va ? », « et votre mari, comment ça va ? », parce que je sais qu'elles gèrent... elles gèrent un peu toutes les sphères. C'est elles qui emmènent l'enfant à la consultation, des choses comme ça, donc...euh, je pense que j'ouvre peut-être plus sur son environnement que je le ferais avec un homme... euh, mais à part ça, je vois pas de grosse grosse différence dans les questions que je pose, dans la façon de procéder je pense.

EC :

D'accord.

MG2 :

Je vois pas d'autre chose.

EC :

Et qu'est-ce qu'elles peuvent attendre de toi ?

MG2 :

(rires)

J'espère qu'elles attendent de moi que je les écoute, que je les aide, voire que je les guérisses... euh, après si déjà elles viennent avec une... problématique et qu'elles ressortent en se disant, j'ai été écoutée, entendue, comprise... je me sens en confiance, déjà je trouve que c'est très très bien. Après, on va dire pour le... le succès, la guérison... le mieux ou les choses comme ça c'est vrai que c'est pas... c'est presque moins important pour moi. J'aime bien quand les... les patientes savent qu'elles peuvent aborder tous les sujets avec moi, qu'elles peuvent parler de tout... ça j'aime bien. C'est pour ça que je, dès... on va dire dès le début de l'adolescence, en général, j'essaie de faire sortir les parents, pour aborder quelques 2-3 thématiques, ou pendant que les parents sont encore en train de garer la voiture ou des choses comme ça. Je leur explique bien, ou même en présence des parents, que... voilà... ils peuvent... euh, ils peuvent complètement venir prendre rendez-vous, parler de telle ou telle problématique qu'on peut pas forcément évoquer avec ses parents ou... sa grand-mère... ou... et que ça peut se faire sans présence des parents de manière anonyme, etc. donc je pense que quand toutes mes patientes... toutes mes adolescentes ont vieilli, si elles ont des problèmes j'espère qu'elles vont garder en tête qu'elles vont pouvoir venir me parler de tout. J'espère.

EC :

D'accord (silence). Est-ce que tu voudrais ajouter quelque chose ? Un thème qu'on n'a pas abordé ?

MG2 :

Je réfléchis mais vraiment, moi j'aimerais bien revenir sur les changements dans ma tête qui se sont passés pendant mon semestre d'interne en addictologie, où j'ai fait 6 mois en addictologie. C'était un service où il y a avait de la consult, il y a avait un service d'hospitalisation pour sevrage, ou parfois sevrage plus une sorte de cure un peu prolongée, le temps d'avoir des post-cure des choses comme ça, et je pense que ça a changé pas mal de représentations que j'avais. Du classique... voilà... les pathologies addictives c'est l'homme de... je sais pas 40-50 ans, etc. etc. ça ça a changé beaucoup de choses et... à mon avis, c'est pas encore quelque chose qui est rentré dans l'inconscient collectif on va dire des soignants... on va dire de tous les soignants en général, ce qui ont pas été confrontés ou qui ont pas eu de petite formation, de conférence... je pense qu'on a encore des représentations qui... qui nous disent que l'addiction c'est plus masculin... et probablement qu'on ne cherche pas assez l'addiction, ou les addictions chez la femme, notamment dans les cas d'une pathologie qu'il faut qu'on classe comme une dépression ou un syndrome anxio dépressif. Je pense que ça serait bien qu'on soit un peu plus formés pour faire le lien sur ce côté... problème psychologique, qui est peut-être engendré par un problème d'addiction. Je pense qu'on le fait chez les hommes, mais on le fait à mon avis moins chez les femmes. Et ça je l'ai appris... je l'ai appris au cours de ce semestre. Qu'il n'y a pas forcément de différence particulière.

EC :

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je te remercie d'y avoir participé.

Je te tiendrai informé des résultats de cette étude si tu le souhaites.

3) Médecin généraliste 3

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec votre accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à vos propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer votre pratique mais simplement de recueillir votre ressenti sur certaines situations.

Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière expérience médicale avec un patient dépendant ?

MG3 :

Alors, ma dernière expérience médicale avec un patient dépendant... euh, en fait elle se passe en ce moment, pas trop... 'fin ça se passe bien... euh, mais je les vois pas.

(silence)

Je les vois pas parce que...euh, qui dit addiction dit problèmes financiers, qui dit problèmes, enfin pas toujours mais, qui dit problèmes financiers dit problèmes de logement, qui dit problèmes de logement dit problèmes de voiture, et quand on n'a pas d'essence pour mettre dans la voiture, venir en consultation chez moi... euh, quand on est en pleine cambrousse c'est des fois difficile. Donc on fait pas mal de téléconsultations, ou... euh, tout simplement par SMS, elle m'envoie un SMS alors... euh, je les connais depuis... euh, un an donc... euh, c'est un couple... c'est un couple qui se déchire... qui ont un enfant de maintenant un an... euh, et donc je reçois régulièrement... euh, soit un SMS de, de, de... la femme, soit un SMS du, du... monsieur. Des fois le monsieur passe par sa marraine, qui est une amie à moi...euh, c'est le hasard des choses qui fait que... euh, voilà, elle me téléphone en me disant « bah, écoute, il a même plus de téléphone », parce que des fois il a même plus de téléphone, même plus de... moyen de me téléphoner. Donc quand ils se sont disputés avec sa copine elle part avec son enfant et avec le téléphone, et lui il se retrouve avec... euh, sa voiture sans argent pour mettre (de l'essence) dans sa voiture...euh, donc, euh, donc c'est un peu compliqué.

Le suivi est pour moi très très compliqué, mais je, je, je vois, je, je, je fais confiance et de toute façon c'est toujours à la même pharmacie que j'envoie les choses. Et là la dernière fois c'est la pharmacie qui m'a envoyé un SMS. Directement en me disant qu'ils voulaient bien que je... voilà, j'ai trouvé ça plutôt bien, c'est la première fois que la pharmacie me contactait en direct en disant « bah, voilà, est-ce que vous pouvez renvoyer, faxer, l'ordonnance de substitution »... euh, j'ai dit bah oui, oui bien sûr, y'a pas de souci. Donc c'est une pharmacie que je connais, qui est pas trop trop loin donc... euh, voilà, pis je, je vois que le mail correspond et que c'est pas une arnaque... puisque moi je leur communique aussi par mail, donc c'est quelque chose que j'avais déjà en... en... et puis une fois ils m'avaient appelé, si ils m'avaient appelé une fois aussi par téléphone.... euh, voilà, pour me dire, euh, voilà, si je voulais régulariser ou pas.

Donc euh... moi ça se passe plutôt bien, je trouve que malheureusement, je, je m'adapte à eux, plutôt qu'eux s'adaptent à moi, dans le sens où... je sens bien que c'est très compliqué psychologiquement. J'aimerais bien faire plus de psychothérapie de soutien, pour les aider, mais que la scission est d'abord très compliquée pour eux... euh, qu'ils, qu'ils, qu'ils luttent pour une survie... pour une survie, et donc... euh, voilà, moi je suis aussi fatigué, donc c'est plus simple pour moi de, de faire l'ordonnance et de pas les recevoir. Parce que si je les reçois, je vais faire une vraie consultation qui va durer pas mal de temps, voilà, et donc je sais ce que je vais poser comme questions, et je sais qu'est-ce qu'ils vont me répondre. Voilà, et c'est une situation très, très compliquée, et il semblerait que ce soit un mari battu ! Voilà, bon, pour l'instant le mari me l'a jamais dit et... et voilà, j'ai jamais remarqué de coups... tout ça mais voilà.

Donc c'est une situation... socialement très très compliquée.... euh, mais qui voilà, je, je, comme j'ai pas d'espérance particulière en termes de traitement... de, de traitement de substitution, pour moi le médicament de substitution, c'est, pour justement essayer de les recadrer dans la société et qu'ils aient pas à se poser la question « où est-ce que je vais trouver ma dose ce matin », qu'ils puissent... au moins pourvoir... euh... bah, s'occuper de leur enfant, ou aller travailler, donc, euh, lui il est saisonnier, avec la COVID ça a été une catastrophe aussi puisqu'il y avait rien... il y avait pas de travail, donc il a pu travailler un petit peu cet été justement, donc ça a fait un petit peu de choses...

Voilà, donc j'accompagne de loin.

EC :

D'accord. Donc là vous me décrivez pas mal le problème social finalement... euh, est-ce qu'il a d'autres obstacles à la prise en charge justement, des patients dépendants, pour vous ?

MG3 :

Bah, pour moi c'est pas un obstacle, mais je sais qu'il y a certains patients, certains docteurs, qui supportent pas ce type de patients, voilà... euh, les patients dépendants... que, ils veulent pas médicaliser quelque chose... bon, moi, moi, ça me pose pas de problème. J'ai été... un peu formé par mon père... euh, qui a fait beaucoup de formations, il était formateur là-dessus... et une période il y a très longtemps... au début, et donc je voyais bien qu'il y avait pas de jugement par rapport à la personne et que... mouais, la notion qui m'en était resté c'est que... euh, l'objectif c'était pas de guérir, la personne, de son addiction, mais au moins de la réinsérer dans la société, surtout dans les drogues dures... euh, voilà, et effectivement, ils ont eu quelques personnes dans leur association qui ont eu de très bons résultats. L'association qui s'appelait « Parlons-en », justement de la drogue, à l'époque.... ils avaient même fait... euh, ils ont eu un prix puisque ils se sont amusés à faire des saynètes... (silence) qu'ils ont filmées, qu'ils ont un peu baladées autour de la France pour aider les médecins à prescrire correctement les traitements substitutifs... voilà, et à pas avoir peur de, de ces patients qui sont, qui peuvent être envahissants, qui peuvent être inquiétants, qui nous manipulent, voilà, donc... euh, moi j'ai pas l'impression d'être manipulé hein... donc euh... de toute façon mes patients ils ont leur traitement tous les 28 jours ou tous les 25 jours ou tous les... voilà, globalement ils sont à peu près dans les clous, même si c'est difficile au niveau de leurs problèmes sociaux... euh, voilà... (silence) et puis si j'y arrive pas, si ils ont pas réussi à me contacter ou si je peux pas faire leur... leur traitement au moment donné, je dirais quelque part c'est pas mon problème, tant pis pour eux... si ils ont pas su me joindre, voilà, je suis disponible 4 jours dans la semaine, ils peuvent bien réussir à me joindre... ils ont mon portable, voilà. Donc ils me joignent facilement.

EC :

D'accord.

MG3 :

Ouais. Et puis maintenant que j'ai un logiciel... dont je peux faire les ordonnances de la maison, ou dire à ma secrétaire aussi, parce que ça m'arrive des fois de dire à ma secrétaire « Vas-y, fais l'ordonnance, envoie-là, faxe-là... à la pharmacie »... voilà.

EC :

D'accord.

MG3 :

Parce que... mais euh... l'obstacle à la prise en charge, moi, personnellement, j'en ai pas ! Voilà, c'est... si, si j'ai l'impression que la personne se fout de ma gueule, voilà. De toute façon quelqu'un que je connais pas et qui vient me demander... euh, son traitement substitutif, si je le connais pas je vais demander quelle est la pharmacie, je vais lui demander son ordonnance, je vais téléphoner à la

pharmacie pour la première fois, voilà, et puis si je sens qu'il y a un loup et ben je fais une prescription courte.

EC :

D'accord.

MG3 :

Aux urgences ça m'est déjà arrivé de faire une prescription de 2 jours.

EC :

Ok.

MG3 :

Et là ils verront voilà... « Vous avez perdu... », et ben, vous verrez votre médecin traitant, moi, vous me dites... euh, voilà.

EC :

D'accord. Et vous ressentez quoi dans les moments-là ?

MG3 :

(silence)

Tu fais appel à mes souvenirs anciens...

(silence)

On a toujours cette peur... c'est une peur, hein... et je dirais même cette phobie... euh, de se faire avoir. Toujours cette impression-là voilà, parce que c'est... euh, moi j'en ai pas beaucoup, hein, j'ai ce couple. Aux urgences c'est des gens qu'on connaît pas, il y a pas de relation... euh, de... donc on reste toujours sur nos gardes... voilà, alors, ils nous disent le chien il a mangé les plaquettes, voilà... des histoires tordues (hésitations)... ils ont le droit d'avoir un vrai problème. Bon, peut-être que c'est un faux problème, j'ai fait une ordonnance de 2 jours, ils verront avec leur médecin traitant qui les connaît mieux, qui sait si ils exagèrent ou si ils exagèrent pas voilà. Donc... euh, et avec leur pharmacie aussi. Enfin de toute façon moi dès que j'ai un doute j'appelle la pharmacie... euh, ce qui me permet d'avoir des éléments, de, de... les pharmacies, à chaque fois, elles ont joué le jeu... à dire, oui celui-là il y a pas de problème, celui-là non désolé il a pris son ordonnance il y a... 2-3 jours... euh, bah voilà à ce moment-là je dis au patient « Bah non désolé, vous avez eu l'ordonnance il y a 2 jours, voilà ». Mais ça m'est jamais arrivé.

EC :

D'accord.

MG3 :

Ça m'est arrivé qu'ils disent « Oui, bah effectivement il y a eu une ordonnance il y a 15 jours », et ça correspond à peu près à ce que me disait la patiente... euh, voilà, bah j'ai, j'ai oublié les plaquettes chez ma mère... ok bah comment on fait, comment on peut s'arranger. Je leur ai donné, à chaque fois qu'il y avait une problématique, je leur ai donné... une... de me trouver une solution. Et... la manière dont ils me trouvent une solution me prouve que oui, ils exagèrent pas... c'est vraiment ce qu'ils me racontent, oui... ils ont pas essayé de me truffer en disant voilà.

Souvent oui je comprends pas parce que l'autre fois... euh, il y avait 35 jours, 36 jours, 37 jours de... euh, elle était venue de manière décalée... (rires).

« Je vous ai fait l'ordonnance pour 28 jours, alors pourquoi 37 jours ? », « Oui mais il m'en restait ».

(silence)... voilà, quelqu'un qui veut m'arnaquer, il vient tous les 28 jours et... voilà. Elle, elle avait pris sur sa réserve, voilà. Elle a toujours une petite réserve pour justement au cas où il y a un problème... voilà. Donc euh... et elle m'avouait, enfin « elle m'avouait », elle me disait comment elle consommait... euh, avec une réserve, au cas où, au cas où elle est un peu plus en manque, au cas où... parce que des fois, c'est pas si clair que ça, c'est pas le dosage... euh, voilà, elle aimerait bien diminuer, mais elle me demande son dosage habituel, pour diminuer, voilà. Donc elle prend pas toujours tout ce que je lui donne parce qu'elle essaie de diminuer.

EC :

D'accord.

MG3 :

Alors est-ce qu'il faudrait que je sois plus sévère, que je lui donne le dosage qu'elle prend, ou que je lui laisse la possibilité de, de diminuer si elle veut. Donc je suis plutôt gentil moi (sourire).

EC :

D'accord. Finalement vous vous faites quelle image de ces patients ?

C'est quoi pour vous le patient dépendant ?

MG3 :

Pfff... j'ai pas une image... je peux pas te dire, une image, voilà c'est... (reprend son souffle). C'est comme « c'est quoi l'image du handicap » voilà c'est... pour moi, c'est, c'est un patient qui a un problème de dépendance donc j'ai pas d'image qu'on... je peux pas dire... euh, je vais pas faire des, des, des généralités... euh, voilà. Moi j'ai mes deux patients et c'est mes deux patients voilà, qui sont un peu... en plus sont différents et voilà. Et donc... je les gère pas de la même façon, ils ont pas les mêmes produits en plus... donc voilà, ils peuvent pas se... prendre le produit de l'autre... euh, voilà, donc... euh, y'en a un qui est sous Subutex l'autre sous Méthadone donc... euh, voilà. Moi j'ai pas une image... euh, voilà... j'ai des gens qui sont souvent en grosse difficulté de ce que j'ai eu **moi**. Mais quand j'ai remplacé mon père, les patients qu'il avait, y'en a qui étaient enseignants, qui avaient aucun problème de, de... sociaux, voilà... qui étaient tombés malheureusement là-dedans et qui grâce au Subutex ont été tranquilles et se levaient pas... à 2h du matin pour faire toutes les pharmacies...

euh, pour trouver sa Codéine, voilà, ses sirops antitussifs... euh, elle faisait cinq pharmacies pour avoir sa dose avant d'aller travailler en tant qu'enseignante, donc... euh, c'est vrai que moi en tant que parent d'élève, je préfère la voir avec sa dose de Subutex aujourd'hui... avec sa dose qu'elle prend le matin ou qu'elle prend le soir je sais plus... euh, mais au moins elle a dormi correctement. Alors que avant... euh, elle dormait 2h par nuit et... euh, pour, pour trouver sa dose. Donc... euh, et elle, typiquement elle a pas de problème social.

EC :

D'accord.

MG3 :

Et puis... euh, j'ai eu des patients qui... euh, c'est, c'est pas moi mais qui... comme on est un cabinet de groupe de temps en temps je les vois, j'ai une personne qui prenait un tout petit dosage, 0,4, c'est vraiment le dosage de... et, et, elle arrivait pas à l'arrêter donc elle revenait régulièrement prendre son petit dosage... « bon, écoutez... pour moi je pense que vous êtes plus toxicomane », j'essaie de lui faire comprendre parce que... « vous êtes dépendante à la prise, mais pas au produit ! puisque c'est du pipi de chat ce que vous prenez ». Voilà, et puis y'a une autre patiente qui traîne de temps en temps-là, qu'on voit... qui a ses parents qui habitent dans le coin, et qui vient nous voir... tous les 3 mois à peu près voilà... donc euh, c'est pas nous les médecins traitants et tout ça mais on lui fait son ordonnance... parce que ça lui fait gagner du temps... et elle elle a aucun problème de... elle est même, elle est infirmière. Il y a pas de problème social voilà c'est... euh, elle a des problèmes psy !, bien sûr, voilà... des problèmes d'anorexie et tout ça... et, et de fatigue chronique et donc un jour elle a pris de manière festive un truc et très très vite elle est devenue accro. Et depuis, elle traîne ça depuis 3 ans et voilà.

EC :

D'accord.

MG3 :

Et son mari est pas au courant.

EC :

(rires)

Ok.

Et je rebondis sur les femmes du coup, est-ce que vous trouvez qu'il... enfin, quelles spécificités ou quelle particularités vous pourriez voir chez la femme dépendante par rapport à l'homme ?

MG3 :

Et bien, comme je l'ai dit, enfin comme je l'ai pas dit, mais finalement, j'ai plus de femmes dépendantes, ce qui est bizarre, parce que... euh, ma représentation ce serait que ce serait plutôt des hommes. Euh... là j'ai en tête vraiment plus des femmes que des hommes... euh, voilà, je sais pas je connais pas les chiffres donc peut-être que je dis des grosses conneries mais... euh, voilà, elles sont

toutes différentes... mais euh... (blanc), ça doit pas être facile à vivre quand on est une femme, quand on veut être mère, quand on veut, voilà, quand on est parent... y'a cette, cette, y'en a pas mal qui... celle que je suis actuellement elle était sous traitement au moment de sa grossesse et tout ça donc... elle... avec justement des difficultés au moment de l'accouchement, avec un, un syndrome de manque de sa fille mais ça a été bien géré... euh, voilà... euh, on sent que c'est peut-être psychologiquement plus difficile à dire et on... voilà, on le cache beaucoup plus. En tout cas, elle... on a l'impression que c'est quelque chose qui est difficile à dire et qu'on va pas forcément alors voilà... (blanc) j'ai beaucoup de femmes de passage finalement, j'ai l'impression que c'est facile, on est pas leur médecin traitant donc c'est plus facile... alors je sais pas (blanc). Enfin, voilà, pour moi y'a plus de souffrance. Y'a quand même le « quand dira-t-on », mais... euh, c'est toujours difficile de dire aux autres que oui, « j'ai des problèmes d'addiction », « je suis toxicomane », mais là y'a en plus le jugement « oui mais t'es une mère », « comment tu peux te droguer en étant mère de fam... », voilà. Euh... ça m'a l'air difficile à vivre, ce qui forcément n'aide pas à guérir.

EC :

D'accord.

Donc pour vous, oui, les enfants, le rôle de mère, c'est... alors je reviens sur le mot « obstacle », mais en tout cas c'est une difficulté à la prise en charge de la femme dépendante ?

MG3 :

C'est pas une difficulté, c'est une souffrance supplémentaire à gérer.

EC :

D'accord.

MG3 :

Euh... mais ça peut aussi être une source de motivation pour la personne... euh, voilà... euh, « pour ma fille je vais essayer », voilà. Par expérience, faire les choses pour les autres ça marche pas très très bien, mais par contre on culpabilise un peu plus, donc... euh, je suis pas sûr que ce soit un vrai moteur.

EC :

D'accord.

MG3 :

(blanc)

Je pense que c'est, un, un... que c'est un obstacle à la guérison. Parce que on le vit pas bien. Et comme on le vit pas bien, et bah... plutôt que de lutter un peu plus, on s'enfoncé un peu plus dans ce qui est facile.

EC :

D'accord.

MG3 :

C'est ma représentation hein, je sais pas si j'ai raison (rires).

EC :

Très bien (rires).

Et pour vous y'a d'autres... d'autres alarmes ? d'autres choses chez la femme dépendante qui vous viennent à l'esprit ?

MG3 :

Non. Je me dis que... elles doivent plus souvent être victimes de violences quand même.

EC :

Ouais.

MG3 :

Dans leurs antécédents, du fait... euh, du dealer... du fait du... peut-être faire le tapin pour gagner des sous pour payer sa dose avant de voilà... donc euh... en tout cas on fait toutes les sérologies possibles et inimaginables pour... euh, voilà. Je pense qu'il y a plus de risque effectivement, et donc peut-être qu'elles ont vécu plus de choses difficiles... difficiles à avouer, et pour moi qui suis un homme, encore plus.

EC :

D'accord. Donc vous vous sentez en difficulté...

MG3 :

Non ! Moi je me sens pas en difficulté, mais c'est pas facile... ma représentation c'est que les femmes ont peut-être du mal à me dire... le mal que lui ont fait d'autres hommes puisque je suis un homme. On peut peut-être imaginer que je peux pas comprendre. C'est une représentation hein, je...

EC :

Oui mais c'est le but... (rires)

D'accord, ok.

Et... euh, alors, du coup, pourquoi elles vous parleraient à vous, qu'est-ce qu'elles pourraient attendre de vous ?

MG3 :

De toute façon si je pose pas la question je pense pas qu'elles me le disent facilement. Et, euh, je crois qu'il faut poser la question... de la vie d'avant. Voilà, faut poser la question de la vie d'avant. Je sais pas si c'est des questions systématiques. Déjà, c'est, c'est suffisamment compliqué... c'est ce que, surtout, là ma patiente avec les difficultés psychologiques, l'accouchement, le conflit... avec son

compagnon... le fait se de retrouver là, c'était pas prévu de tomber enceinte, c'était pas prévu, voilà donc euh, donc y'a beaucoup beaucoup de choses, donc j'ai pas trop parlé de la vie d'avant.

EC :

D'accord.

MG3 :

Et quand elle vient y'a sa fille. C'est toujours aussi difficile quand elle vient avec sa fille.

EC.

Hum hum. D'accord.

MG3 :

Mais je pense que voilà... (blanc) si, si y'a une piste d'amélioration, c'est de parler un peu plus de la vie d'avant. Si elle m'autorise.

EC :

Bien sûr, oui.

MG3 :

Si elles sont prêtes. Faut pas non plus insister, faut pas avoir l'impression d'être un voyeur.

EC :

Ok. D'accord.

Et... euh, finalement, quand... euh, je reviens sur les femmes en général... euh, hors dépendance, est-ce... 'fin voilà, quand vous recevez une femme en consultation par exemple, quels motifs vont vous venir à l'esprit ? Est-ce qu'il y a des motifs en particulier que vous pouvez associer à une consultation de femme ?

MG3 :

Bah ! si c'est une première fois, y'a toutes les questions habituelles, voilà. « Avez-vous été victime de violences ? », ça fait partie de, de mon recueil de données, voilà, l'essentiel. Et si je pose pas la question, je, je vais passer à côté de beaucoup de choses, voilà. Des fois elles vont me dire non et puis plusieurs mois plus tard elles vont me dire « j'ai pas voulu vous le dire »... mais c'est sûr que il faut poser la question. Après... moi je suis plutôt questions ouvertes que questions fermées. Donc « je vous écoute », donc la personne elle me dit ce qu'elle a envie de me dire. Mais... euh, la violence... euh, au même titre que les addictions, je... une première consultation c'est systématique. Après un peu moins.

EC :

D'accord.

MG3 :

Une fois que je... y'a des mauvaises surprises d'ailleurs quand on pose la question systématiquement. Les gens disent les choses. Et on est des fois pas prêts à les entendre d'ailleurs.

EC :

D'accord. Oui ça vous surprend ?

MG3 :

Non.

EC :

Non ? Si vous posez la question c'est que...

MG3 :

Ah non je pose la question sans... euh, voilà, mais voilà, je... des fois je sais que je dois poser la question mais j'ai pas envie de la poser parce que j'ai une heure de retard... voilà, mais je sais que je la poserai la prochaine fois. Mais des fois y'a des personnes où... la dernière fois, une patiente... première consultation (tape sur la table), bien sous tous rapport (tape sur la table), aucun problème de santé (tape sur la table), aucun problème psychologique comme ça, mais ! en posant la question « avez-vous été victime de violence ? »... là y'a eu beaucoup de choses qui sont sorties... qui vont m'éclairer mieux la personne.

EC :

Ok.

Est-ce que vous avez l'impression qu'une... enfin, en quoi une consultation avec une femme peut être différente de celle avec un homme ? En dehors de ce qu'on vient d'évoquer, notamment au niveau de l'abord, des techniques de communication...

MG3 :

Pour moi y'a aucune différence !

EC :

Ok.

MG3 :

A part qu'il y a un plus grand risque d'avoir été victime de violences, physiques, psychiques, sexuelles... euh, faut se méfier, les hommes aussi.

EC :

Donc vous posez la question aux hommes autant qu'aux femmes ou pas ?

MG3 :

Oui ! Bah oui je pose la question de la violence. Comme ça j'ai pas forcément de notion de violence chez... mais des hommes violés ça existe hein... les petits enfants, les petits garçons... (blanc).

EC :

D'accord. Ok. Ca marche.

Donc finalement, pas de... pour vous, en dehors de la maternité, des violences conjugales... c'est... vous percevez homme ou femme, vous les percevez de la même façon ?

MG3 :

Oui, pour moi oui. La société non mais pour moi oui.

(rires)

Je sais que ouais y'a plus de risque chez une femme, y'a plus de fragilité proportionnellement...

EC :

Oui pour vous ça a un lien avec les dépendances ?

MG3 :

(blanc)

Je fais pas de lien. Non, j'ai pas fait le lien.

EC :

Ok. Je pense qu'on a fait à peu près le tour de la question, est-ce que vous voyez quelque chose à rajouter ?

MG3 :

Non.

EC :

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je vous remercie d'y avoir participé.

Je vous tiendrai informé des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

4) Médecin généraliste 4

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec ton accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à tes propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer ta pratique mais simplement de recueillir ton ressenti sur certaines situations.

Est-ce que tu pourrais me raconter ta dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG4 :

(Silence) ma dernière expérience avec un patient dépendant, c'est un monsieur de 73 ans qui m'a été adressé par mon collègue pour sevrage d'alcool, dans un contexte de cirrhose, d'origine éthylique... c'est un monsieur qui consommait... au début de l'entretien il consommait 2 verres de vin, à la fin il consommait 1 litre et demi... à peu près. Un monsieur qui était très seul, qui avait dégringolé pendant le confinement et... qui s'est arrêté assez facilement de boire, à 80%, avec un sevrage à la maison en ambulatoire qui s'est plutôt bien passé. Je l'ai perdu de vue pendant 2 mois l'été, parce que il fallait en plus qu'il ait son suivi de cirrhose, donc qui était, qui venait d'être diagnostiquée, donc j'ai eu peur pour lui. On l'a rappelé plusieurs fois il est pas venu. Et puis là je l'ai revu et puis il va pas mal. Dernier... ça c'est la dernière expérience. Euh... sinon, l'avant dernière c'est une jeune femme de 30 ans qui est sous Méthadone en sirop, qui vient de passer en gélule, et chez qui nous commençons à parler grossesse.

EC :

D'accord.

MG4 :

Troisième c'est un monsieur de... 40 ans, qui est sous Subutex, qui a... qui a... euh, consommé un nombre de produits incalculable, qui va bien, et qui... euh, me dit quand il a besoin d'un peu plus, on reparle de tout ça, de ses envies mais... ça se passe bien et il va doucement diminuer, donc il est prêt à diminuer.

EC :

D'accord.

MG4 :

Quatrième... en fait non ça c'est plutôt, la dernière, la dernière prescription, c'était une femme de 50-60 ans, 55-60 ans, qui est sous Oxycontin et Oxycodone pour une douleur chronique de sciatique qui est hyper complexe, à qui j'ai prescrit la Naloxone et à qui j'ai expliqué. Voilà.

EC :

D'accord.

MG 4 :

Voilà. Sinon j'ai une patiente qui est actuellement sous Méthadone et qui est pas très bien stabilisée, à qui je, à qui j'explique que c'est pas parce que elle est sous Métha qui faut qu'elle arrête tout,

parce que elle veut absolument diminuer, aller plus vite que la musique, et c'est pas la solution. Donc elle a essayé une fois de diminuer, puis elle s'est rendue compte que... bah il fallait qu'elle s'en aperçoive quoi. Et donc, on a réaugmenté. Et puis je lui ai prescrit à elle aussi de la Naloxone. Et elle l'a mal pris parce qu'elle pensait que la pharmacie penserait qu'elle continuait à consommer. Il a fallu que je lui explique que c'était pas du tout le cas. Voilà.

EC :

Donc beaucoup de tableaux différents...

MG4 :

Bah de fait dès qu'on s'intéresse... euh, dès qu'on s'intéresse à l'addicto on passe nos journées à en fait (rires). C'est impressionnant, c'est impressionnant. L'alcool tous les patients que je vois je leur fais un repérage précoce... ouais un repérage, une intervention brève, mais c'est impressionnant. Je découvre. C'est impressionnant, le tabac, mais surtout l'alcool.

EC :

D'accord.

MG4 :

Ah ouais.

EC :

Et quelle pourrait être ton image du patient dépendant ?

MG4 :

Ah bah, il y a quelques mois j'aurais dit que c'est un patient qui, qui est pas capable de mais maintenant j'ai complètement changé d'avis. C'est un patient qui a une maladie, qui souvent est dépendant mais qui ne le sait pas. On parle de tabac/alcool hein, on va pas parler d'héroïne, mais tabac/alcool... euh, ils se rendent pas forcément compte et souvent il suffit de pointer ce, ce... ce qui va pas et... et euh, ça va relativement bien, je suis surtout étonnée que si on prend le temps de la consultation, d'écouter, ça, ça se passe bien quoi. Après ceux que j'ai ils sont pas hyper complexes non plus mais... c'est de la médecine générale quoi. Mais il y en a beaucoup. Euh... oui c'est pas, j'ai eu un souci avec un patient... dépendant... à cocaïne/héroïne, mais il s'est aussi fait virer par TEMPO alors... TEMPO qui est une association de Valence, là je sais pas si il faut que je le dise, qui s'occupe des... patients addicts, mais ils ont beaucoup de patients hyper précaires, 30% des patients n'ont pas la CMU par exemple, et ce patient est tellement compliqué que moi, je, je, j'ai, j'ai pas le niveau. Il me met en difficulté ouais.

EC :

D'accord.

MG4 :

Mais maintenant je saurais quoi lui dire (sourire)... voilà.

EC :

Et, et c'est... quelles difficultés tu dois... ?

MG4 :

En fait, d'abord, difficulté clinique, de savoir qu'est-ce qu'il présente comme symptôme, parce que je... c'est pas évident quand on n'en a jamais fait de comprendre ce qui se passe. Ensuite, difficulté... sociale, parce que ce monsieur a pas vraiment de logement... euh, difficulté à gérer l'entourage parce que ses parents sont derrière et ne croient pas du tout aux bienfaits de la Méthadone, donc ils s'opposent à ce qu'il en prenne, parce qu'ils pensent qu'on le drogue, qu'on continue à le droguer, c'est des gens qui ont 50 ans hein...

EC :

D'accord.

MG4 :

Surtout le père. La mère comprend bien, le père a vraiment du mal. Euh... et difficulté parce que il a une pathologie psychiatrique associée, qui est probablement du fait des produits, un petit délire un peu paranoïaque interprétatif. Et puis... euh, ouais je pense que il y a, il y a surtout, il est sur un fond... euh, je sais pas très bien, mais il y a un fond... euh, un fond de pathologie psychiatrique, euh... euh, je connais pas très bien, un peu borderline, il est un peu manipulateur... euh, et je me demande s'il est pas... s'il est pas un peu psychotique... maintenant.

EC :

D'accord.

MG4 :

Donc c'est typiquement le genre de patient pour lequel on est en grande difficulté, et c'est ceux-là qui marquent les confrères... qui marquent les confrères parce que y'en a pas tant que ça, mais ça nous prend tellement d'énergie, ça nous met tellement en échec, que c'est ceux dont on se rappelle. Qu'on se rappelle pas du tout de ceux qui vont bien, qui ont repris une vie... normale, etc, etc. Voilà.

EC :

D'accord, donc ça c'est ce que tu ressens. C'est l'échec.

MG4 :

Ah bah, c'était un échec, oui et non, parce que je me suis jamais sentie en capacité de le prendre en charge donc c'est pas un échec. J'ai fait sa connaissance parce que il lui fallait un électro avant d'être mis sous Méthadone. Donc il est pas venu pour son sevrage.

EC :

D'accord.

MG4 :

Mais de fait, j'ai été une personne ressource pour lui pendant un certain temps. En relai avec le médecin addicto, enfin on était en... en lien, et puis, ça permettait et au médecin addicto de souffler et à moi aussi de souffler en fait... on portait un peu la charge à deux ce qui était pas mal.

EC :

D'accord.

MG4 :

Donc maintenant il est suivi par une consœur sur ??? parce que il va... euh, il s'est installé à ???.

Voilà. Mais effectivement le fait d'être à plusieurs permet de porter la charge à plusieurs parce que c'est franchement, c'est, c'est lourd quoi. C'est, euh, je pense à ça mais (rires) tout à l'heure j'ai rencontré un pote pharmacien à Super U là, j'ai dit « ah tiens, peut-être qu'il y a des gens qui vont venir te voir pour le programme d'échange de seringue », et il me dit « ouais enfin bon, c'est quand même des gens, euh pfou, c'est quand même des gens qui sont chelou hein, c'est quand même des gens euh, ouais, enfin, c'est quand même... c'est quand même des lascar, c'est quand même vraiment des gens euh, moi je suis pas très pour hein, parce que tu vois quoi, et d'ailleurs pendant le confinement on a eu un nombre de kits de seringue », là je sais plus comment ils appellent ça... euh, zut, de seringues hygiéniques là, qu'ils vendent...

EC :

Je connais pas leur nom.

MG4 :

Euh, je sais plus, « on en a eu...y'en a eu... y'a eu beaucoup beaucoup de demandes », je dis « bah justement c'est une bonne chose, ça veut dire qu'ils... qu'ils se protègent quoi... (rires) c'est une bonne chose ! », « ouais mais enfin, c'est surtout qu'ils consomment de plus en plus quoi, non pis quand même... », bref, ça m'a fait rigoler ! (rires)

EC :

D'accord (rires).

En tout cas, pas mal de professionnels ressources finalement...

MG4 :

Ici ?

EC :

Ouais.

MG4 :

Non parce que on les connaît pas en fait. Y'en a un parce que le Dr ??? qui est addictologue à TEMPO a été mon interne il y a quelques années et donc on est restés en contact et, et voilà. Maintenant oui, maintenant oui après avoir fait des DU et des stages, j'ai des professionnels ressources, beaucoup, et j'ai donc... euh, dans mon DU, j'ai fait une fiche mémo de téléphones et des noms de gens à... à contacter. L'idée, serait, éventuellement de créer une micro-structure d'addicto dans le coin, parce que... euh, y'a TEMPO qui est là mais... euh, TEMPO à ??? ils ont... ils ont 0,25 Equivalent Temps Plein sur ??? donc... euh, c'est quand même pas beaucoup quoi. Donc il y a les infirmières, les éducateurs, etc., mais c'est pas suffisant. Après TEMPO il... enfin ce que j'ai remarqué en stage quand même c'est que, TEMPO ou l'ANPAA, ils ont beaucoup de patients qu'ils suivent, qui sont en fin de suivi, et qui pourraient être suivis en médecine de ville quoi, carrément. Franchement ce serait pas très compliqué. Voilà.

EC :

De pouvoir rebasculer certains patients des structures spécialisées à...

MG4 :

Bien sûr ! Oui, oui, bien sûr ! Qui pourraient tout à fait, en accord avec le... avec le spécialiste, et le patient... nous on pourrait prendre... prendre la suite comme on fait déjà avec les patients qui sont sous TSO, c'est pas... c'est pas très compliqué.

EC :

D'accord.

MG4 :

Voilà.

EC :

Et en dehors de... ces structures qui peuvent accompagner les patients, est-ce qu'il y a d'autres outils que tu peux utiliser au quotidien... que ce soit...

MG4 :

D'autres outils au quotidien.... euh (silence). Bah, c'est pas évident, parce que je suis pas formée en TCC, je trouve que déjà... euh, réussir à bien pratiquer un entretien motivationnel sur le long terme c'est... assez difficile parce qu'on n'a pas été formé puis ce serait une démarche à part, ce serait.... c'est probablement une étape prochaine, de se former à l'EM et en TCC... euh, les TCC ça prend quand même, euh, la séance ça dure à peu près une heure... à 25 euros la consultation moi je peux pas quoi, enfin, c'est, c'est, évident, il faudrait qu'il y ait une reconnaissance de, bah, de ces actes-là, et on n'a pas beaucoup de psychologues qui en font dans le coin, de psychologues libérales, et les patients n'ont pas toujours envie d'aller... euh, se soigner en libéral pour des raisons de... d'argent.

EC :

Oui.

MG4 :

Voilà, donc c'est problématique. C'est problématique donc je sais pas comment il faut faire, faut trouver une autre façon de faire... euh, trouver des financements autres, voilà, peut-être une micro structure ça peut être intéressant.

EC :

D'accord.

MG4 :

Les infirmières libérales sont, sont à même de, de gérer un sevrage alcool en ambulatoire, ça c'est pas... on le connaît bien, ça c'est pas un problème. Il y a des AS, il y a pas d'éducateur mais ça à la limite c'est pas forcément nécessaire hein, c'est pas toujours... euh, nécessaire. Mais tout le côté TCC je vois pas comment on peut faire, surtout qu'à TEMPO et l'ANPAA je suis même pas sûre qu'ils aient des psychologues qui fassent ça alors que c'est quand même pour le moment le standard quoi.

EC :

D'accord. OK.

Et donc finalement, à la lumière de tout ce que tu as pu me dire, est-ce que... il y a des... je, je vais basculer sur la femme dépendante, est-ce qu'il y a des spécificités ? Ou du moins quelles spécificités tu pourrais... euh, repérer, entre voilà, le patient et la patiente qui consulte pour un problème de dépendance ?

MG4 :

Bah déjà la femme elle en parle beaucoup moins, déjà. C'est... il faut à chaque fois lui poser la question, si on lui pose pas la question **plusieurs** fois, si on prend pas le temps.... euh, elle en parle pas. Ah si j'ai quand même une patiente, tu me demandais tout à l'heure les derniers patients que j'ai vu là... il y a... 3 semaines j'ai vu une patiente donc qui est venue pour un sevrage d'alcool. Elle est venue **pour** ça. Elle savait pas ce que je... que je, j'en faisais hein. C'est une dame que j'ai vu de manière très épisodique, que j'ai pas vu depuis 2 ans, elle m'a dit « j'en peux plus je bois trop etc. ». Mais la femme oui si on lui, c'est comme les violences, hein, si on pose pas la question on n'a pas la réponse, ça c'est clair. Donc on pose la question, on pose la question régulièrement, on repose la question différemment, on... bah c'est de la médecine générale quoi... je fais beaucoup de gynéco donc je leur pose la question pendant ce moment-là, c'est souvent propice.

EC :

D'accord.

MG4 :

Mais souvent elles sont quand même accompagnées par leurs enfants... c'est pas toujours simple de les voir toute seule... parfois accompagnée par leur mari, donc souvent je demande au mari... de, de les voir toute seule, enfin au mari de sortir.

EC :

Hum hum.

MG4 :

Et maintenant ce que je fais depuis pas très longtemps c'est que quand il y a un couple qui vient je les vois un par un.

EC :

D'accord.

MG4 :

Parce que on peut pas... on peut pas pas poser des questions qui fâchent... devant l'autre (sourire).

EC :

Oui (sourire).

MG4 :

C'est bidon (rires) !

EC :

C'est plus compliqué (rires) !

MG4 :

C'est plus compliqué (rires) ! absolument !

Voilà, oui c'est... à mon avis c'est, c'est ça la spécificité, c'est que c'est à mon sens une écoute un petit peu différente (silence). Et... euh, il y a probablement pas mal de femmes qui disent qu'elles ne consomment pas et qu'elles, qu'elles consomment. Voilà. De toute façon, si on pose... dans une journée de consultation, on posant la question à tous les patients... en termes d'alcool... j'ai l'impression que j'ai un patient sur 4... ou 5, j'ai l'impression de faire que ça ! 1 sur 4 ou 5 qui est en mésusage, c'est impressionnant... d'alcool. La cigarette c'est 1 sur 2 globalement, non c'est peut-être un peu moins mais... euh, voilà. Donc il faut s'attaquer aux femmes, aux hommes... aux ados ! Parce que ça aussi la consultation de certificat de sport mine de rien, bah... le dernier, 14 ans, il venait pour le rugby et puis... tous les samedis il s'en met une quoi.

EC :

D'accord.

MG4 :

Donc je lui ai donné sa petite fiche alcool, on a discuté, ça a duré 30 minutes la consultation. Quand même, c'était la dernière donc j'avais le temps, mais c'est long quoi !

EC :

Oui.

MG4 :

Entre faire l'électro, parler des substances, parler de l'alcool, parler de la conduite parce qu'il avait un scooter... euh, fin ça prend du temps. Qui était en études pour élever des vaches laitières. Voilà.

EC :

Et pourquoi à ton avis les femmes en parlent moins ?

MG4 :

C'est la société. Ben oui parce que, parce qu'une femme enceinte, enfin une femme qui boit c'est... c'est une trainée quoi. C'est, c'est une... c'est malheureux à dire mais c'est vraiment, c'est une trainée... moi je le pense pas hein ! Attention (rires) !

EC :

Oui (rires) !

MG4 :

Nan c'est honteux quoi. Les femmes elles ont honte de ça, elles ont honte de dire qu'elles se font taper dessus, elles ont honte de dire qu'elles ont une dépendance... euh, et puis une femme c'est forcément joli et bien conservé donc... euh, donc on peut pas imaginer qu'elles ont... et puis c'est solide, on peut pas imaginer qu'elles soient pas solides.

(silence)

EC :

Solides ?

MG4 :

Solides, enfin on peut pas imaginer qu'elles aient une faiblesse quoi, qu'elles soient fragiles. Donc euh, voilà, moi je pense que c'est la... je pense qu'on n'aide pas les femmes à... on n'aide pas les femmes à en parler ouais, c'est clair. Mais... euh, la première réaction des gens quand on en parle c'est « ouais c'est une alcoolique », fin c'est... voilà. Il y a une formation là dans le... à Marseille, fin je sais plus quand parce que j'ai un peu regardé pendant mon mémoire... les formations dans le coin. Et l'intitulé c'est « Patientes alcooliques ». C'est quand même révélateur quoi. Fin c'est, c'est, ce sont des médecins qui font ces formations et l'intitulé c'est « Le patient alcoolique ». Donc... euh, voilà. Nan on est, on est, on est super mauvais là-dessus, on a un ministre qui est un vrai con, par rapport à

l'alcool... euh, voilà. Moi je suis très en colère en fait, parce que je trouve que c'est vraiment... euh, c'est un gâchis, c'est un gâchis pour les jeunes, c'est un gâchis pour, pour les, pour les gosses qui naissent avec un... un SAF tous les ans fin voilà... mais je pense qu'on n'ose pas en parler, parce que nous, nous on n'est pas clairs non plus. On considère qu'on peut toujours boire un petit peu...

EC :

En tant que médecin ?

MG4 :

Ouais, je pense qu'on n'est pas clair, en tant que médecin on est... euh, on a une... une notion erronée de la consommation d'alcool, je vais pas t'apprendre ça, on a une notion complètement erronée on est hyper tolérant... on est hyper tolérant là-dessus et on n'ose pas dire aux gens « C'est dangereux ». Il faut pas. Et c'est... notamment chez les femmes enceintes. En disant... bon de toute façon... c'est elle qui le veut donc on va pas quand même l'emmerder avec ça. Je pense, fin, on passe, on prend, on passe pas assez d'énergie à expliquer aux gens, que l'alcool pendant la grossesse c'est pas forcément dose dépendant, c'est selon l'enfant, fin c'est pas du tout lié... fin, pas entièrement lié à la quantité... euh, etc., etc. quoi.

EC :

Pas assez de prévention ?

MG4 :

Ah mais y'a pas assez, y'a pas du tout hein... y'a pas beaucoup de prévention, fin moi je trouve qu'il y a pas beaucoup de prévention. Le logo des femmes enceintes et d'alcool sur les, sur les... sur les séries d'étiquette il est encore diminué... euh, t'as pas vu ça ?

EC :

Nan j'ai pas vu.

MG4 :

C'est impressionnant, mais si ! Parce que en fait... euh, le logo ils ont négocié de... enfin l'industrie de, des alcooliers, a négocié de pouvoir diminuer la taille du logo sur les bouteilles, contre je ne sais quoi. Et... euh, un des slogans « 9 mois sans boire ça peut attendre »... fin, un truc comme ça, ça veut dire implicitement qu'après la grossesse on peut donc recommencer à boire. En fait... le, le langage, ça c'était un document sur ARTE je crois, le langage de l'alcool en France, il est scandaleusement complaisant. Voilà. Et... du coup on est hyper intolérant sur les rôles du cannabis, sur les drogues on va dire dures, si on peut... on parle plus comme ça mais... on est hyper, on est hyper intolérant là-dessus, mais on est hyper tolérant sur l'alcool, et le tabac. Et l'alcool surtout... moi je trouve hein ! Sur le plan du, des, des... pouvoirs publics.

EC :

Mais quelque part, sauf pour les femmes, parce que quand elles boivent... ?

MG4 :

Ah sauf pour les femmes, on est quand même content que les femmes elles achètent du rosé avec une étiquette rose et brillante quoi, fin quand même, hein... on est très tolérant par rapport à l'alcool et on est tolérant par rapport aux femmes parce que on leur en parle pas, on s'y intéresse pas, et en plus on les méprise. Donc, euh, en fait on les voit pas, y'a un déni complet je trouve, des femmes et de l'alcool. Alors que quand elles arrivent... autant les hommes, je, fin, moi j'ai le sentiment dans mes consultations que quand les femmes elles arrivent elles sont déjà vachement... elles sont vraiment à bout quoi, elles sont vachement atteintes, entre guillemets, fin elles sont pas, elles ont pas la cirrhose mais... on se rend compte que ça fait longtemps que ça dure, hyper longtemps. Mais c'est vraiment au nez, j'ai pas de statistique, hein. Voilà.

EC :

Oui parce que dans tous les cas finalement ton outil c'est vraiment de dépister, dépister, dépister, poser les questions...

MG4 :

Ah ben l'outil c'est dépister, ouais. C'est dépister. C'est vraiment ça, et les femmes qui sont venues, me voir, les femmes consommatrices d'alcool... euh, en abus, elles sont venues me voir en me disant qu'elles consommaient de l'alcool en abus. C'est pas moi qui les ai dépistées. Mais d'un autre côté, elles, pourquoi elles sont venues me voir moi et pas quelqu'un d'autre ? Pourquoi elles ont dit ce jour-là et pas un autre jour ? C'est la question à se poser aussi. Moi j'ai une copine qui vient de faire un DU de violences faites aux femmes, elle me dit « mais depuis que j'ai fait ce DU, tout le monde m'en parle quoi ! Toutes les femmes elles me disent qu'elles ont été agressées », euh, et dans la rue, et ses copines, enfin, en fait on a probablement une posture maintenant qu'on n'avait pas avant, c'est un peu inconscient quoi. Voilà. Une façon de se tenir probablement, une façon de s'installer, dans le fauteuil de consultation, de prendre le temps de demander les choses, euh, (reprend sa respiration), de tourner les phrases, de demander, euh, d'insister un petit peu quoi, parce que y'en a pas mal qui me disent, ben, ils me disent, quand je leur demande si ils consomment de l'alcool entre la poire et le fromage, enfin je veux dire, comme ça, ils me disent « comme tout le monde », « mais comme tout le monde, ça veut dire quoi monsieur expliquez-moi un petit peu ? », donc on fouille et en fait, en fait, ils déclarent une consommation qui paraît, euh, réaliste par rapport à un mésusage quoi, voilà, donc là on peut commencer à travailler. Mais je suis convaincue que si on s'intéresse pas aux choses, on, on les trouve pas. Peut-être que moi j'ai pas découvert des trucs super rares parce que ça m'intéresse pas quoi, j'en sais rien. Des, des fois en médecine on est intéressé pas forcément pas tout, c'est clair, mais c'est pas grave, si on est plusieurs, on s'épaule. Voilà.

EC :

Ok.

MG4 :

Ensuite ? C'est fini ?

EC :

Bah oui c'est déjà, ah oui, ça passe vite !

Ok ! Après je voulais éventuellement enchaîner sur la position de la femme, mais en général, enfin juste la femme en consultation de médecine générale. Est-ce que quand une femme consulte, tu as des alertes différentes, un aperçu différent, qu'est-ce qui est différent, encore une fois par rapport aux hommes mais en général ?

MG4 :

En termes de quoi ?

EC :

Une femme consulte, est-ce que il y a un motif qui va venir plus particulièrement, une idée d'abord, de questions à poser...

MG4 :

Par rapport à ses consommations ou par rapport à autre chose ?

EC :

Par rapport à n'importe quoi. La femme en général, pas dépendante.

MG4 :

Pas forcément dépendante. Bah déjà je suis une femme, donc je pense que ça, y'a un petit biais quoi. J'ai une patientèle qui est quand même par mal féminine, pas mal de mon âge aussi... euh, qu'est-ce qu'elles ont de particulier ? (silence)

C'est une question difficile hein ! Une question difficile parce que... bah je pense qu'on peut pas mal papoter avec elles. Souvent on papote, on, on discute quoi, de choses et d'autres, puis les choses viennent petit à petit, et puis je les connais, bien, à force, mais le risque c'est de pas s'endormir quoi, avec des patients qu'on connaît, qu'on connaît pas mal... on connaît la famille quoi. Euh... je dirais même que l'homme, l'homme est peut-être, vis-à-vis de moi, il est peut-être plus... un peu plus réservé. Je pense. Ouais je pense qu'elles se livrent assez facilement. Voilà.

EC :

D'accord.

MG4 :

Voilà.

EC :

Des échanges plus simples, peut-être, par rapport...

MG4 :

Des échanges plus simples, et puis comme on fait de la gynéco, c'est vraiment le moment où on parle de tout, on parle aussi de sexualité, on parle de, de tout quoi, donc c'est un moment qui est vraiment privilégié quoi... on prend le temps de s'installer. Et quand on suit les grossesses c'est pareil hein, on en suit de moins en moins malheureusement, c'est dommage, c'est pareil, on prend le temps de discuter, de s'installer et... pis elles me parlent, voilà.

EC :

Elles se livrent ?

MG4 :

Elles se livrent oui voilà, oui.

EC :

Ok. Et ben, merci beaucoup ! Est-ce que il y a des choses que tu voudrais ajouter, des sujets pour toi qui sont importants...

MG4 :

En médecine ou par rapport à l'addicto ?

EC :

Par rapport à... ce que tu veux (rires) !

MG4 :

En fait on n'est pas du tout formés... c'est... alors c'est rigolo parce que dans mon mémoire là j'ai fait une recherche sur la... sur la biblio. C'est-à-dire, je me suis dit, moi je lis Prescrire et tiens, on va aller regarder, dans Prescrire, qu'est-ce qui sort comme occurrence quand on marque « addictologie » ou « toxicomanie ». Donc il y a quelques articles... vraiment de... sur les drogues entre guillemets dures, mais y'a pas l'alcool, y'a pas le tabac. Pour le mot clef « addictologie », « addicto ».

EC :

Oui.

MG4 :

Pour le mot clef « alcool » y'a des trucs sur l'alcool, y'en a que 2 sur les 5 dernières années, y'en a que 2 sur la grossesse, et sur les troubles du comportement alimentaire... fin addicto ne sort, fin les troubles du, du comportement alimentaire ne, ne sortent pas non plus sur « addicto », « dépendance ». Je trouve que c'est vraiment révélateur quoi, en fait. Non mais je suis en colère globalement, si on peut dire quelque chose, je suis en colère, Michel Reynaud est mort au mois de juin, ça m'a foutu un coup, j'ai mon petit cœur qui s'est... fin c'est difficile parce que je trouve qu'il a bossé quoi. Je trouve, tu vois un tout petit peu ce qu'il a écrit ? Il devait nous faire un cours le 25 juin, qui a été annulé pour le corona mais... je pense qu'on aurait pas eu le cours il est mort le 26 ou le 27

je sais plus, et donc... euh, lui il était super en colère aussi, hein, il était assez sage mais on voit bien dans ce qu'il a écrit qu'il... qu'il était en colère par rapport à, à ce que font les politiques.

EC :

D'accord.

MG4 :

Je trouve, déjà il faudrait une consultation de prévention, qu'on pourrait éventuellement... une consultation de dépistage, il faudrait qu'on puisse côter des fois 2 ou 3 C pour le patient, enfin 2 ou 3 GS quand on voit le patient 1h, 1h et demi, les addictologues à ??? et ??? ils ont une heure devant eux par patient c'est cool quand même hein ? Ils peuvent en faire des choses en 1h, démêler la pelote en $\frac{3}{4}$ d'heure 1h, nous on peut pas quoi ! Fin on peut sur un patient mais on peut pas sur tous les patients c'est pas possible. Et donc on manque de temps ouais.

EC :

D'accord. Et cette colère elle est venue après avoir fait le DU ?

MG4 :

Elle est venue après ouais, ouais ouais, je pense qu'elle est venue après (rires). J'étais en colère contre moi déjà parce que j'y comprenais rien, ça m'agaçait de rien comprendre, de rien connaître, j'ai quand même 50 ans donc... euh, j'ai mis le temps, mais j'ai fait une capa de gériatrie, de, j'ai fait la CAMU, plusieurs DU machin donc à chaque fois, à chaque fois ça prend du temps tout ça mine de rien, avec les mémoires à faire à chaque fois maintenant. Donc, euh, et à force de rien comprendre, c'est bon là... il faut que je, que je torde le cou à cette lacune. Voilà.

EC :

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je te remercie d'y avoir participé.

Je te tiendrai informée des résultats de cette étude si tu le souhaites.

5) Médecin généraliste 5

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec votre accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à vos propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer votre pratique mais simplement de recueillir votre ressenti sur certaines situations.

Est-ce que vous pourriez me raconter votre dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG5 :

Alors la dernière expérience avec un patient dépendant. Euh... alors c'est difficile d'en, d'en trouver un, un en particulier parce que je pense qu'on voit tous les jours un peu des gens dépendants au tabac, mais du coup, moi, quand vous m'avez posé c'te question ça m'a fait plus penser aux dépendances alcooliques... euh, donc j'ai une patiente que j'ai... vu, que je devais aller voir hier, et pis qu'était pas chez elle, mais que je suis un peu pour une dépendance à l'alcool. Voilà. Je sais pas si faut que je raconte l'histoire de cette dame...

EC :

Vous pouvez.

MG5 :

Ouais. Euh... c'est une dame éthylo-tab qui... euh, pour qui ça se voit pas sur sa tête on va dire parce que j'ai appris qu'elle avait des problèmes d'alcool comme ça en discutant, ce, c'était pas flagrant... euh, et qui a... euh, des soucis... personnels de milieu défavorisé, elle a un fils en prison... euh, elle s'est séparée de son mari alcoolique et elle a elle-même une espèce de tendinite chronique des bras pour lesquelles elle est en invalidité et... euh, elle développe depuis 6 mois une BPCO assez... euh, importante et... euh, ça fait 6 mois que je lui fais des arrêts de travail en fait, voilà. Et en, en discutant, j'ai, j'ai appris qu'elle buvait aussi de temps en temps l'alcool donc... euh, je la vois actuellement presque une fois par semaine, une fois tous les 15 jours, pour faire le point... euh, entre sa BPCO, son problème d'alcool, etc.

EC :

D'accord. Et donc finalement, quand on parle de, de patient dépendant, homme ou femme, quelle est l'image qui vous vient en tête ?

MG5 :

Alors... c'est vrai que, plus spontanément, on va peut-être parler d'une dépendance... euh, à la drogue, je sais pas. Peut-être que je pense à la drogue en premier je réfléchis parce que... euh, j'ai eu des mauvaises expériences de dépendance à la drogue quand j'étais jeune médecin, jeune interne, parce que je... me suis fait « avoir »... euh, avec des gens qui m'ont un peu manipulée et au point, à un point où maintenant c'est des patients que je refuse parce que je me dis... euh, je dirais pas vexée mais blessée, ouais on pourrait dire ça, je me suis sentie blessée d'avoir... euh, « cru à leur histoire »... et... de m'être fait rouler dans la farine, et du coup c'est des patients que je refuse quand c'est au cabinet, les problèmes de dépendance à la morphine, à... la drogue dure on va dire, je dépanne et je renvoie ces patients-là à mes collègues. Euh... alors que les dépendances à l'alcool, l'alcool ça a une image un peu... négative quand même d'incurie mais que j'essaie de me débarrasser, par contre la dépendance au tabac, c'est quelque chose qui me dérange pas du tout au contraire, c'est une chose où je me sens plus, plus à l'aise pour aider les gens.

EC :

Quand vous dites « j'adresse à mes collègues », c'est quel type de collègues ?

MG5 :

Ouais, alors on est 6 médecins nous dans la maison médicale et on a tous des personnalités je pense différentes et... j'ai un collègue, euh, masculin, qui a aucun souci de contact avec des patients, euh, un peu borderline ou, euh, euh, donc qui arrive à en rigoler, qui dit « ça m'étonne pas de lui », donc je pense que je suis une personnalité qui prend peut-être plus les choses à cœur et, et donc je, je gère moins bien on va dire, personnellement.

EC :

D'accord, ok donc vous dites que la tabac ça va, l'alcool aussi, les drogues non, euh, donc ouais un sentiment d'être trahie, d'avoir été trahie...

MG5 :

Oui ! C'est le bon mot.

EC :

Et d'autres sentiments qui vous viennent, fin qu'est-ce que vous ressentez quand vous prenez en charge un patient dépendant, donc plutôt à l'alcool ou au tabac, qu'est-ce qui vous vient ?

MG5 :

C'est vrai que je pense que je mets pas dans la même catégorie l'alcool ou le tabac... euh, le tabac, je pense que c'est plus... euh, c'est moins négatif on va dire dans la tête des gens et c'est quelque chose qui vient facilement, spontanément, avec lequel, euh, les patients se sentent à l'aise de discuter, ou se sentent pas jugés, l'alcool surtout chez les femmes puisque c'est l'idée, c'est quelque chose où je pense qu'il y a un jugement de valeur de la société donc qui est difficile à aborder, c'est probablement aussi quelque chose qu'on sous-estime, ou qu'on voit pas, qu'on veut pas voir je sais pas, c'est vrai que moi mes patientes alcooliques, je... j'aurais jamais deviné, si c'est pas elles qui me l'avaient dit, c'est pas moi qui sois allée les chercher sur ce terrain-là, euh, et les sentiments que ça apporte du coup, je pense qu'en tant que médecin je me sens moins à l'aise avec une dépendance à l'alcool parce que peut-être que... on a plus une idée d'incurie dans ces cas-là, de... on part peut-être un peu plus défaitiste, encore que je pense qu'en tant que femme, et d'avoir une femme en face de moi, je... me sentirais peut-être plus à l'aise de l'aider que peut-être qu'un homme en face de moi pour le même problème. Peut-être que le fait qu'on soit du même sexe, euh, je me sens plus proche et peut-être que j'aurai l'impression d'avoir plus d'armes pour les aider... Ouais.

EC :

D'accord.

MG5 :

Voilà. Je... les sentiments que je ressens hein, donc quand je, quand j'ai des gens... bah le sentiment, bah, oui de vouloir les aider... qu'est-ce que je pourrais dire comme autre sentiment... peut-être que aussi le problème de l'alcool c'est quelque chose dans lequel je suis moins à l'aise parce que on n'a pas de protocole très clair pour le sevrage en alcool, alors que pour le sevrage en tabac, on a, euh, 10

solutions sous le coude en 2 sec, donc peut-être avec le sevrage en alcool, le sentiment ou de mauvaise formation ou de plus d'incompétence de la part du médecin pour avoir des solutions ouais.

EC :

D'accord. Et donc en dehors de vos collègues quels outils vous utilisez au quotidien finalement ?

MG5 :

Alors, moi je m'étais formée à l'entretien motivationnel donc c'est quelque chose que je ressors de temps en temps, euh, on a dans la maison médicale un protocole de sevrage de tabac pour lequel je participe. Dans ce protocole de sevrage de tabac on a des journées, euh, de dépistage, on a des... des affiches qu'on colle pour le mois anti-tabac, on fait des consultations euh, gratuites, euh, un peu ciblées à ça, euh, on a une infirmière Asalée, euh, qui est formée pour le sevrage du tabac et qui est très motivée, qui est même elle-même formatrice pour le sevrage du tabac, elle est euh, très très impliquée là-dedans, on a un protocole aussi avec la pharmacienne qui peut délivrer, euh, tout de suite, du, du, des substituts nicotiniques et qui nous en parle derrière... enfin, on a plein de choses mises en place pour le tabac ouais.

EC :

D'accord donc un bon réseau en tout cas...

MG5 :

Oui un bon réseau pour le tabac ouais.

EC :

Et est-ce que, fin, quels peuvent être les freins ? Vous parliez peut-être de représentations par rapport à l'alcool ? Est-ce qu'il y en a d'autres ?

MG5 :

Les freins du côté du patient ? Du côté du médecin ? Du côté du médecin, hein...

EC :

Oui les vôtres.

MG5 :

Ouais... euh, donc plein de représentations pour l'alcool, problèmes de traitements aussi parce que... on n'a pas de substituts... comme on a des substituts nicotiniques on n'a pas de substituts, euh, alcooliques, euh... et puis alors, est-ce que je me fais une idée, mais j'ai l'impression que les problèmes d'alcool ça va toucher les choses plus... des problèmes plus profonds, j'ai le sentiment que mes patients qui ont un problème d'alcool il y a beaucoup plus de « cas sociaux », euh, ou... euh, des fois on se dit comment je vais la sortir de là parce que... entre guillemets je peux comprendre qu'elle se soit mise à boire, (rires), vous voyez ! hum, alors que le tabac c'est vraiment autre chose... hum, peut-être que du coup un des freins ce serait de pas avoir un réseau social pour sortir ses patients de là... (silence) un des freins aussi, oui, oui, c'est le déni, je pense à une autre patiente alcoolique qui,

euh, je sais qu'elle est alcoolique par son mari, mais elle quand je lui tends la perche tout va bien, donc c'est compliqué là, je sais pas par quel bout la prendre... (silence) et pis comme vous dites pas de réseau sur le problème du sevrage d'alcool. On a à Valence une unité d'hospitalisation euh... mais, euh, mauvaise image parce que les patients des fois qui me disent qu'ils y vont... euh, ils disent que les gens ils boivent quand même là-bas, ils font le mur, ils se retrouvent euh... une mauvaise image aussi oui, de la structure là-bas.

EC :

Et vous parlez de cette patiente qui euh, qui est dans le déni, comment vous abordez le sujet des dépendances avec vos patients ?

MG5 :

Et ben, euh... donc elle sait que je sais puisque une fois on en avait parlé, donc chaque fois que je la vois je lui demande vous en êtes où, et puis elle me dit « non ça va », et à chaque fois que je vois son mari et bah... alors, alors c'est affreux parce que son mari l'a prise en photo, elle était bourrée par terre dans son jardin et (rires), horrible, je le voyais lui pour autre chose et il me disait « regardez ma femme » sur son portable, après oui, comme ça, et je la revois 2 jours après, « alors vous en êtes où avec l'alcool ? », « bah ça va bien ! », bon, et puis je voulais pas dire « votre mari m'a dit », pour pas trahir... bon, donc qu'est-ce qu'on fait quand elle dit que tout va bien, je me remets le cercle de Prochaska dans la tête-là, je sais pas par où je vais tirer la ficelle... euh, ouais, c'est là que ouais, ouais, c'est là que j'emboutis peut-être (rires), je sais pas...

EC :

Et en tout cas, chez ces patientes, quelles sont pour vous les particularités par rapport aux dépendances chez les hommes ?

MG5 :

Alors, je, ça, pareil est-ce que c'est un cliché ou est-ce que c'est vrai, je trouve que ça se voit beaucoup moins... je pense que les femmes euh, font beaucoup plus gaffe à leur apparence physique, euh, chez les hommes ça se... voit on va dire parfois sur leur tête, le faciès rougeaud, l'haleine, euh, chez les femmes c'est très rare je trouve que ça se voit, vraiment, il y a une pudeur peut-être qui est plus marquée chez les femmes... et puis du coup, je pense que pour les médecins, c'est quelque chose... on y pense moins, ou pas, effectivement, du coup peut-être qu'on va moins aborder les choses et peut-être qu'on va plus se sentir mal à l'aise parce que c'est quelque chose qu'on connaît pas... ouais, sur ce plan-là ouais... (silence), après du coup, l'avantage, peut-être que ces femmes-là vont plus facilement parler à une femme ouais, j'imagine... qu'elles vont se sentir plus à l'aise d'aborder ça avec une femme, et encore, peut-être que je me trompe ouais, je sais pas...

EC :

D'accord. Et est-ce qu'il y a des alarmes pour vous qui, vous dites une femme dépendante, euh, est-ce que ça vous évoque oui une urgence, un contexte particulier... ?

MG5 :

Alors est-ce que ça pourrait être plus grave chez une femme... (silence), euh, bonne question... (silence) euh, est-ce que ça pourrait être plus grave parce que ce serait une femme qui serait alcoolique... je sais pas j'imagine que le risque oui de, de décès doit être le même, euh, peut-être que chez une femme on va rechercher plus facilement des violences, ça c'est sûr... des signes de gravité, je sais pas non, ça me vient pas là.

EC :

Ok, d'accord.

(silence)

MG5 :

C'est vrai que les... le peu de patientes que j'aie, je pense pas qu'elles, qu'elles passent à l'acte en tout cas, je les sens pas suicidaires du tout, mais, peut-être que je me trompe.

EC :

Donc plutôt une association avec des... pathologies psychiatriques ?

MG5 :

Oui oui, pour moi c'est des gens dépressifs, oui oui... alors oui c'est l'idée que je me fais en tout cas des, des femmes qui boivent, et... euh, même sous antidépresseurs (rires), c'est horrible, c'est pas simple... euh, oui dans ma tête on va soigner les gens alcooliques avec des antidépresseurs, on va pas soigner les sevrages du tabac avec des antidépresseurs...

EC :

D'accord, ok. Et vous disiez du coup que les femmes le cachaient plus, qu'elles étaient beaucoup plus... euh, comment vous abordez le sujet avec elles du coup ? Est-ce que vous utilisez d'autres moyens que pour les hommes ?

MG5 :

Probablement... euh (silence).

EC :

Même dans le suivi, oui voilà, comme vous me disiez cette dame qui refusait refusait, enfin...

MG5 :

Oui oui... je pense qu'on a la chance d'avoir des relations privilégiées avec nos patientes et avec le contact qu'on a, et la bienveillance qu'on a, on arrive à faire sortir des choses de nos patientes, et comme on sait, et que eux ils savent qu'on sait, on peut aller directement, euh, sans gêne, au vif du sujet... voilà « est-ce que hier soir vous avez bu ? comment vous faites, est-ce que vous cachez les bouteilles, est-ce que... » parce que il y a tous des protocoles pour les alcooliques, hein, fin pour ceux

qui sont pas seuls chez eux, des cachettes etc., donc euh... je, je pense, je sais pas si j'ai une approche différente avec les femmes d'avec les hommes, en tout cas l'approche c'est de se dire, de se montrer bienveillant, et qu'on peut tout dire, et qu'il y a pas de jugement et... voilà.

EC :

Un lieu confortable, enfin, non, mais les mettre en sécurité ?

MG5 :

Oui.

EC :

Ok. Et en ce qui concerne finalement les femmes en général, on sort de l'addictologie, mais est-ce que quand une femme vous consulte, euh, quels motifs de consultation vont peut-être vous venir plus facilement à l'esprit ?

MG5 :

C'est vrai que bon, j'imagine qu'une femme consulte une femme peut-être plus pour des problèmes gynécologiques, voilà... ça paraît logique, après je pense qu'une femme consulte une femme pour tout ce qui est problèmes psychologiques, hein, au sens large, parce que peut-être qu'on se sent plus proche d'une femme pour, euh, raconter nos petits soucis personnels, je pense que c'est évident, je puis, euh, je pense que ça dépend des personnalités des... des médecins, y'en a qui, fin on sait qu'il y a des médecins qui sont, euh, on va dire, je sais pas comment dire, mau, mauvais là-dedans et d'autres qui ont que des patients psy parce que ils sont super forts pour écouter les gens, ouais, donc ça ça joue aussi ouais.

EC :

D'accord, ça marche, ok. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose sur n'importe quoi, des idées... ?

MG5 :

(rires) du coup vous me faites réfléchir sur plein de trucs, je pense que, qu'on a de l'empathie pour nos patients, surtout si c'est une patiente, qu'en plus elle a notre âge, on va peut-être se sentir encore plus concernés si elle a des soucis pour l'aider hein, donc effectivement, peut-être pour une femme de soigner une femme on a une relation encore plus, euh, privilégiée, avec après la gestion de ce que ça peut nous renvoyer sur nous, hein, quelles défenses on a mais... c'est vrai que je pense que je vais me sentir peut-être plus attachée à une patiente en addiction qu'avec un patient en addiction, peut-être... voilà, qu'on comprenne...

EC :

Plus de facilités ?

MG5 :

Plus de facilités, oui.

EC :

Parce que ça peut être aussi plus difficile, c'est pour ça je...

MG5 :

Oui c'est pour ça je réfléchis si ça peut pas être aussi plus difficile... euh, ça peut être ouais quand même plutôt plus facile, si si c'est sûr... voilà, sinon, euh, manque de formation là-dessus, pour nous, pour tout, fin je sais pas si à la fac y'a plus de cours maintenant sur l'addiction mais nous y'avait pas, donc on a appris un peu sur le tas... après c'est un peu à chacun de se former, oui bien sûr, mais on n'est pas préparé, je me souviens jeune interne ou jeune médecin les premières addictions... oulà ! on fait quoi ? c'est vrai, donc, ouais, ouais et pourtant y'en a ! donc une meilleure formation ce serait bien oui !

EC :

Plus tôt c'est ça ?

MG5 :

Oui plus tôt, que ça fasse une spécialité comme une autre, on connaît par cœur les antibiotiques de l'endocardite infectieuse, on en verra jamais, et on sait pas forcément sevrer un tabac ou un alcool donc voilà...

EC :

D'accord.

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je vous remercie d'y avoir participé.

Je vous tiendrai informée des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

6) Médecin généraliste 6

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec votre accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à vos propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer votre pratique mais simplement de recueillir votre ressenti sur certaines situations.

Est-ce que vous pourriez me raconter votre dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG6 :

Alors c'est une femme, hein, pour dépendance à l'alcool. En fait euh, que j'ai authentifiée déjà depuis un petit moment mais elle est complètement dans le déni. Donc euh, il a fallu déjà un bon cheminement pour ce qu'elle arrive à... à m'en parler quoi, à l'amener à en parler, à quantifier un petit peu, parce que quand même y'a un jour elle est arrivée, j'ai appelé quelqu'un pour la ramener parce qu'elle était dans un état d'ivresse au cabinet, donc euh, là c'était quand même difficile pour elle d'être dans le déni parce que je l'avais pas prise de bonne heure le lundi matin, c'est son jour de congé, et donc je l'avais pris tard le soir, et donc elle avait bu comme tous les jours de congé, et là vraiment (rires), c'était plus possible, et bien ça a été un élément un petit peu déclencheur, finalement pour en parler davantage et puis pour l'inviter à faire quelque chose quoi. Voilà.

EC :

D'accord.

MG6 :

Donc ça c'est vraiment, un truc qui m'a marquée !

EC :

Alors finalement...

MG6 !

Alors on en est que ça avance, elle a accepté quand même une consultation d'addictologie, voilà, c'était d'en parler, on a réussi à quantifier, à essayer de se mettre un petit peu des mesures de protection, déjà, déjà sur les courses, tout ça, un petit peu, et puis son mari m'en avait déjà parlé en consultation, une fois que j'ai eu lâché avec elle, il est revenu et j'ai dit « oui est-ce qu'on peut avoir votre aide... ? », il me dit « oui moi c'est sans souci, je peux bien sûr », voilà donc on a fait un petit travail comme ça, on a commencé à diminuer un petit peu les quantités, fin ce qu'elle voulait bien nous en dire hein, et du coup les consultations je suis restée au lundi soir, et je l'ai revue, ben je la voyais assez souvent, tous les 15 jours à peu près, et donc comme c'était le jour à risque, parce qu'elle était seule chez elle, et bien finalement ça a été, déjà, elle me dit « mais finalement je veux pas venir vous voir » et je la prenais tard, après y'a son mari qui rentre y'a les enfants et donc elle voulait pas non plus être raide devant les enfants, et donc elle trouvait que ça l'aidait pas mal, à se retenir un petit peu et puis, petit à petit bon addictologue, oui, elle a fait, bon elle boit encore hein, c'est sûr, j'ai bien l'impression, ça se voit moins physiquement déjà, je trouve qu'elle a moins le faciès de l'alcoolique, elle qui aime bien, elle est quasiment normale (rires), donc on sent quand même qu'on progresse hein, donc fin ça fait déjà un petit moment que ça dure, c'est une histoire, je pensais à cette femme parce que je la suis quand même depuis des années, et puis j'ai vu les choses euh, s'envenimer et très difficilement, euh, la possibilité d'amener ça sur le sujet en consultation. Ça c'était... l'haleine, euh... « oui vous buvez un peu », « non mais non rien », « en sortant de table », « oui mais bien sûr je sors de table », donc c'était toujours ça. Donc l'idée de changer les rendez-vous les horaires de rendez-vous de consultation pour moi c'est quelque chose que j'ai trouvé très bien, parce que ça me permettait d'explorer sur la journée ce qui pouvait se passer quoi.

EC :

D'accord, oui donc finalement ça fait aussi partie de vos outils pour gérer les problèmes de dépendance, vous parliez aussi de l'addictologue, est-ce qu'il y a autre chose, qui vous aide, que vous mettez en place pour ces suivis ?

MG6 :

Bah déjà, la fréquence des consultations, ils reviennent assez souvent, après on fait ben, un petit peu, c'est ma technique, un peu que ce soit pour d'autres choses, euh, d'écrire un petit peu, de noter, s'ils ont su résister, à l'ouverture de la bouteille, euh, etc. etc. ça je le fais aussi. Alors là pour elle c'est une victoire sur elle-même hein souvent, d'avoir réussi, ben « finalement j'ai bu juste un petit apéro quand mon mari est rentré avec lui, mais je n'y étais pas allée avant », donc ça, c'est déjà bien. Voilà, donc, y'a ça, et puis toujours beaucoup de douceur... euh, jamais... euh, vraiment, de prise en charge qui est toujours... c'est toujours de la douceur, sans jugement, sans, euh, c'est plus difficile que la tabac hein l'alcool, on doit voir tout ce qu'il y a dessous donc on a essayé de se poser des questions, etc., pour comprendre pourquoi elle buvait. Et donc quand elle vu que je m'intéressais vraiment à elle, à son histoire, à son enfance, je trouve que ça avait ouvert pas mal les voies, et je sais qu'elle va mieux parce que j'ai revu son mari, et il me dit « oui, ça a bien changé ! ». Voilà. Donc elle voit son addicto aussi, une fois de temps en temps, quand les rendez-vous ne sautent pas, et... qu'on s'y soit intéressé, qu'on ait insisté, que je sois allée la chercher, que je sois... elle me dit que ça ça a été important pour elle quoi.

EC :

D'accord.

MG6 :

Voilà, donc sinon j'ai pas de, je donne pas de médicaments, j'aime pas, je discute beaucoup, j'écoute beaucoup, après, euh, elle me paraissait pas... nécessiter d'anxiolytiques de choses comme ça, elle buvait pour le plaisir, elle buvait parce qu'elle aimait ça hein c'est tout. Bon y'avait eu des soucis mais c'était... elle a eu un arrêt de travail prolongé qui m'a pas aidée non plus, parce que je, et ben on s'en est pas si mal tirées que ça ! Voilà, parce que comme je la voyais, je faisais des prolongations d'arrêt de travail très rapprochées, ça me faisait bipolarité de la consultation, comme ça je noyais un peu l'affaire, et c'était bien.

EC :

Ok.

MG6 :

Donc beaucoup de contact, puis le faire confiance, et puis montrer qu'on s'intéresse à elle quoi, voilà.

EC :

Et qu'est-ce qui pourrait vous mettre des bâtons dans les roues dans tout ça ?

MG6 :

On ben ça on en trouve des bâtons dans les roues, euh, que le patient, euh, moi avec un monsieur j'avais essayé de faire un travail aussi, euh, et puis il me dit « oh et puis moi les copains, c'est important, faire une beuverie avec les copains... », je dis « oui bah une de temps en temps, je peux entendre, mais le problème c'est que vous être artisan et tous les soirs, c'est le dernier client, c'est l'apéro quoi, c'est 2-3 Pastis », donc il rentrait ivre à peu près tous les soirs, et donc, c'est... c'est... sa femme je la connais bien aussi, elle est pas très heureuse de dormir avec un mari alcoolique, alcoolique, du moins qui sent l'alcool, j'aime pas prononcer le mot mais, qui sent l'alcool, c'est pas très agréable pour une femme, j'y avais été un petit peu comme ça, il l'avait pris un petit peu de haut, euh... bon après je.... Mais il est revenu quand même ! Je lui dis « vous avez de la chance parce que votre femme elle tient super à vous », ça c'était le truc positif, la pommade, et du coup ça a rouvert un peu le dialogue, mais je sais... elle m'a dit c'est... ils partent en vacances par contre c'est niquel. Dès qu'il reprend le travail, c'est l'enfilade, des cop... des, des gens, des clients, c'est les clients qui lui proposent à boire, un verre, deux verres, les copains et il sait pas s'arrêter. Et ça c'est compliqué, ça je ne sais pas gérer, je ne peux pas gérer les copains (rires) ! C'est... l'addiction à l'alcool c'est un truc qui est assez fréquent quand même, dans nos patientèles, hein, de campagne, et c'est vraiment un sujet homme-femme complètement différent, moi ça m'intéresse pas mal...

EC :

Oui ?

MG6 :

Voilà donc euh encore là on n'a pas de violences mais c'est l'ouverture vers la violence, c'est beaucoup de choses dans nos cabinets, vers tout ça hein.

EC :

Quelles sont les particularités pour vous, de la dépendance, fin de l'addiction, chez la femme, par rapport à l'homme ?

MG6 :

Ben les particularités c'est secret hein, c'est top secret. Je prends l'exemple de cette patiente qui buvait le lundi parce qu'elle ne travaillait pas, elle était seule chez elle, et donc ça c'est camouflé, c'est camouflé au médecin, c'est camouflé tant que faire se peut à la famille, hein, c'est ça, l'homme et bah, oui, et bah il boit avec les copains, c'est bien il fait ce qu'il veut ! L'autorité... Donc ça c'est la première différence massive, c'est très caché. Voilà donc euh... ouais c'est ce que je dirais, c'est plus difficile à amener, à mettre sur le... la table de la consultation, voilà.

EC :

Et l'abord du problème est plus difficile chez la femme ?

MG6 :

Oui alors, encore qu'en vieillissant, si elles sont plus jeunes que moi, j'ai un abord « maternisant », un petit peu, et euh, du coup, c'est... c'est vraiment doux quoi, j'essaie de vraiment, d'y aller sur la

pointe des pieds (mime). Mais bon finalement je pense que c'est plus facile maintenant qu'il y a 20 ans pour moi.

EC :

D'accord. Grâce à votre expérience ?

MG6 :

Oui, peut-être, à force... euh (rires), on en voit quand même pas mal hein ! L'addiction à l'alcool c'est quand même ce qu'on a de plus fréquent finalement, du moins dans ce qui nous ouvre à la violence, désagréments, d'effets secondaires graves, euh, sociaux, psycho-sociaux et tout ça.

EC :

Et chez les femmes, euh, quels dangers vous pourriez-identifier, quelles, oui, quelles alarmes ou quelles alertes par rapport à leur consommation ?

MG6 :

Quelles alertes ? Euh... déjà celle qui est arrivée ivre dans mon cabinet, euh, je n'ai pas pris le risque de la laisser rentrer chez elle en voiture, donc pour moi c'est vraiment le gros risque, et puis on voit arriver des cirrhoses, on se demande d'où elles viennent, parce que c'est des consommations progressives, à bas bruit, sur des années, et on s'aperçoit un jour que la patiente a une cirrhose, qui se transforme en cancer du foie, c'est très moche hein, moi j'aime pas du tout hein, j'en ai vécu une fois ou deux dans ma patientèle, depuis ma longue installation, et vraiment c'est des choses que je redoute hein, voilà. C'est très destructeur parce qu'elles perdent leur place dans la famille, elles perdent aussi, j'en ai une jeune là, je commence à, elle est infirmière en plus (regard complice), et du coup, je, la peau, les angiomes stellaires, la couperose qui apparaît alors qu'elle est jeune, tout ça, on voit bien au niveau physique, la dégradation, les couches de fond de teint pour masquer, pour camoufler, tout ça c'est des petits signes, euh, j'y tiens, avec le Covid on approche moins des gens, mais sinon en examinant les gens on sent l'haleine, sans... et du coup oui, oui les facteurs de risque, pour les gosses aussi, elle s'isolent, elles s'en occupent moins, si elle est ivre le soir quand il y a les devoirs à faire on sait pas comment elle va... pis le modèle qu'elle peut donner aussi ! Bon en général c'est caché hein, elles boivent pas vraiment devant les enfants, les enfants s'en rendent compte ! Au bout d'un moment, maman elle est bizarre, maman elle dort, elle s'endort sur le canapé, quand je rentre de l'école, ou elle dort sur le canapé quand je rentre de l'école... y'a quand même bah, un problème social toujours, elles perdent leur rôle, dans la famille un peu, vis-à-vis des enfants. Et puis il y a des suicides aussi, quand elles voient qu'elles n'y arrivent pas, perte de l'image d'elles-mêmes aussi, elles se rendent compte qu'elles ont perdu ci, ou le mari commence à faire des réflexions « t'as vu la tête que t'as ? je veux plus sortir avec toi... », donc, j'ai eu des suicides aussi, 2 fois.

EC :

D'accord.

MG6 :

Une pendaison. Violence encore à soi-même, voilà, « je m'en sortirai pas », on l'apprend par un courrier, ouais y'a vraiment des risques oui.

EC :

Et vous ressentez quoi face à tout ça ?

MG6 :

Ouh ! C'est pas facile, c'est dur et puis en même temps, euh, bah ça permet à chaque fois d'ouvrir nos antennes, parce que on a un large panel de ce qui peut se faire, de ce qui peut se passer, et puis dans la prévention, et puis ne pas lâcher prise même si un jour elle veut pas en parler, peut-être qu'au bout de 3-4 consultations on va y arriver, voilà. Donc toujours un peu la même technique, avancer tout doucement, voilà ce que je peux en dire, ma façon de faire, ma façon d'être (rires) !

EC :

D'accord, ok. Et, euh... donc ouais, difficile sur le plan émotionnel de voir...

MG6 :

Ah oui, c'est difficile ! Ouais, on traite, on fait beaucoup d'addiction au tabac, mais on n'est pas du tout dans le même sujet quoi, le tabac (...) c'est le tabagisme passif, mais ça a pas du tout la même portée, ça a pas la même destruction, c'est pas... c'est pas le même retentissement psychologique, c'est pas... c'est complètement différent. J'en vois aussi des gens, je m'occupe aussi... du tabac, c'est pas, enfin voilà bien sûr, je m'occupe de tout le monde, les hommes, les femmes, les jeunes... dans l'alcoolisation, là, notre gros souci, c'est l'alcoolisation des jeunes, euh, de fin de semaine, euh, ça c'est terrible, terrible, terrible. Oui ça pose beaucoup de souci, et là c'est... quasiment inaccessible avec eux !

EC :

Ouais j'allais dire c'est quelque chose que vous dépistez chez les ados, de manière systématique ?

MG6 :

Oui ! j'ai des internes, donc, euh, l'interrogatoire, c'est tabac-alcool dès 13 ans, alors parfois ça fait rire les mamans qui viennent en consultation, oui c'est complet comme interrogatoire (rires) ! Ils se rendent pas compte des fois, ils recadrent pas tout, mais c'est bien de poser la question. Ça donc oui c'est un gros sujet, parce que ça fait le lit des addictions de longue durée quand même, quand ils en sont à 3-4 ans d'ivresses aigues chaque fin de semaine, euh, pour arriver à sortir de là c'est pas simple.

EC :

Ouais.

MG6 :

Alors là les moyens par contre euh... un interne je l'ai laissé faire à la consultation, « mais tu te rends compte, tu, tu fais une école d'ingénieur, et tu fais des bêtises comme ça, tu sais bien que tu vas te foutre en l'air la santé », (rires) une leçon de morale plus qu'autre chose, « mais tu te rends pas compte de la chance qu'on a, d'être pas trop bête, d'avoir pu faire des études, faut pas tout gâcher », enfin il lui a parlé, comme il le ressentait lui, moi je me suis abstenue de faire... j'aurais pas su... je sais pas trop comment faire, pas faire la morale parce que le problème c'est ça, avec le décalage d'âge, c'est pas ça qu'il faut faire, et là du coup de se retrouver à âge égal, euh, bon, enfin il boit toujours (rires) ! C'est pas marrant ça, c'est pas marrant. Voilà. Donc je sais pas si vous voulez en rester... si vous voulez passer à d'autres addictions...

EC :

Y'a pas une addiction en particulier, c'est vraiment ce qui vous vient vous...

MG6 :

Ce qui me vient... ouais, actuellement je crois que c'est ce que, c'est là où je mets le plus d'effort ! Pour l'alcool, ouais. Peut-être parce que en fait on a peu de moyens, donc c'est donner de soi-même, du temps, de l'écoute, euh, d'essayer de comprendre, c'est vraiment donner de soi finalement. Donc dans l'addiction au tabac, vous avez des moyens thérapeutiques, et bon, c'est, à mon avis, c'est plus facile quoi, on y arrive. L'alcool c'est un gros sujet, hein.

EC :

Alors pourquoi c'est plus difficile l'alcool ? Pas au niveau des thérapeutiques, j'imagine qu'il y a d'autres choses ?

MG6 :

Ouais, enfin je me dis des fois que c'est aussi, euh, la projection personnelle quoi. Je pense que je, j'exècre de voir des gens ivres, voilà... je trouve, peut-être qu'il y a de ça aussi, mon idéologie personnelle ! C'est possible, hein, parce que je trouve que ça fait vraiment beaucoup de dégâts, hein, c'est vraiment moche, des familles comme ça, je trouve que ça, moi ça m'atteint en même temps au niveau de mon image de femme ! Je pense que de les voir dans cet état là... ça m'interpelle vraiment quoi, j'aimerais pas voir quelqu'un de ma famille qui soit dans cet état-là, j'ai pas eu l'habitude, donc ça... ça me choque un peu. Et puis elles tiennent des propos, après elles deviennent incohérentes... ça me dérange oui je pense, un petit peu, et donc pas simple oui, « respectez-vous ! », voilà, respect de soi, un petit peu, c'est important aussi. Le tabac c'est pas pareil, c'est pas une question de respect de soi. C'est complètement différent, parce que ça ce voit pas quoi, c'est pas du tout la même chose. Voilà, donc les addictions, mes difficultés un petit peu, parce que je pense que c'est important d'en parler, ben oui, c'est ce repérage, cette prise en charge, et puis, qui est très très longue, ça se fait pas en un jour, et puis y'a tous ces facteurs autour, voilà.

EC :

Facteurs familiaux, sociaux...

MG6 :

Oui sociaux, perso, l'image de soi...

EC :

C'est comme ça que vous vous représentez finalement le patient dépendant, c'est surtout une atteinte de l'image...

MG6 :

Oui, dans les bonnes dépendances, oui. L'image oui, puis quand on commence à être un petit peu, dans son travail, un petit peu alcoolisé au travail ça pose des problèmes aussi, parce que ça on en entend beaucoup parler aussi par les collègues, « il arrive il est déjà bourré le matin » (rires), ça aussi... les « mon chef boit, il est associable, il est autoritaire, il a de la mauvaise autorité... », on entend ça beaucoup. Les gens en parlent beaucoup. Si vous avez des conflits dans les entreprises, si vous avez un chef alcoolique, c'est pas simple pour un ouvrier, non, c'est pas simple du tout. C'est ce qui ressort, dans nos cabinets, beaucoup de conflits internes, à cause de ça. Et les gens qui sont gouvernés par des gens comme ça, bah ils sont malheureux quoi, en même temps ils peuvent pas avoir le respect pour le chef, de voir dans cet état, donc c'est assez violent. Ouais.

EC :

Ouais, vraiment le patient dépendant et puis les conséquences sur les autres, euh, les personnes qui l'entourent...

MG6 :

Les collègues de travail, ouais, voilà, ce que je peux en dire.

EC :

Et finalement, fin je vois que vous avez, je sais pas une certaine sensibilité vis-à-vis des femmes, en dehors de, de la dépendance, des addictions, fin pour un autre motif de consultation, pour une consultation banale, est-ce que vous avez l'impression justement de voir les femmes différemment des hommes ? Est-ce que vous gérez différemment les mêmes problèmes ?

MG6 :

Non, non, je pense pas mais je suis un petit peu...je suis, je détecte vite parce que déjà l'haleine, j'ai un odorat bien développé, et en fait pendant les consultations, quand vous faites des consultations à 14h, euh si les gens ont bu plus qu'un verre, vous le sentez, et du coup vous, euh... ouais, déjà que ça m'incommoder, parce que j'aime pas l'odeur d'alcool comme ça, je me dis tiens, il faut que tu penses à en parler, de la consommation, dans la consultation déjà comme ça, même pour les hommes, mais le soir c'est comment, c'est pareil... voilà, c'est un petit truc, c'est souvent par-là que je commence. Bon quand ils sont bien rougeauds, bien, bien, avec le faciès, voilà, pour eux c'est, ils boivent pas, ils boivent que 2 verres, 3 ou 4 verres de vin le midi, autant le soir mais non (rires) ! Voilà ils boivent pas, c'est ça ouais, non mais sinon moi ça me pose pas de problème, j'ai une grosse patientèle masculine d'ailleurs, non ça va. Sinon quoi vous dire d'autre... sinon dans les addictions, il y a 20 ans, une vingtaine d'années, je m'étais pas mal investie, au niveau de l'héroïne et tout ça, donc je suis

prescripteur encore, mais il doit m'en rester 2 ou 3 seulement, de patients que je me traîne sous Méthadone ou Subutex, dont un couple, mais on se connaît trop bien quoi, c'est compliqué à gérer, je me fais berner encore, donc je ne manque pas de leur dire, je dis « il faut arrêter quand même », mais c'est pas la peine, c'est leur plaisir, alors ils sniffent du Subutex si on ne le met pas sous forme... si on le met sous générique en fait, sous Buprénorphine, en fait, ils peuvent pas le sniffer, ni l'injecter, donc l'autre c'est mieux, donc c'est déjà des conflits de prescription et d'une. Après ça le pharmacien m'appelle et me dit ils ont acheté des box (rires), c'est bizarre...

EC :

Pardon ? des ?

MG6 :

Ils ont acheté des box, c'est des kit d'injection, je dis bon alors après je réinterroge, « mais vous reconsommez de l'héroïne ? », « ah non, non, non », « mais alors à quoi ça vous sert les box ? », « ah bah c'est le Subutex ! », ils arrivent à s'injecter le Subu... enfin, des histoires de fous quoi. Et là il y a de la lassitude pour le coup, parce que je me dis que je n'y arriverai jamais, alors en même temps j'ai le cardio vasculaire, j'ai le diabète chez les deux parce qu'ils mangent un litre de glace à la vanille, chacun, tous les jours en été, donc c'est une addiction à la glace à la vanille, c'est autre chose, mais j'ai des hémoglobines glyquées qui sont massives, alors c'est sans fin et au bout d'un moment je, je me dis, l'endocrino elle me dit « mais tu crois pas que tu devrais te reposer un peu ? tu t'en sortiras jamais » (rires), voilà, donc c'est, c'est tout venant, une addiction, une autre, y'en a des plus douces que d'autres, le sucre, c'est une addiction aussi, voilà, donc ça, y'a des gens qui le disent carrément d'ailleurs « docteur, j'aime le sucre, j'ai une addiction au sucre », je dis « bon alors moi là-dessus je vais pas être brillante » (rires).

EC :

D'accord.

MG6 :

Voilà, donc c'est au niveau des addictions, au niveau des drogues dures, je crois que j'en ai 2 sous Méthadone, qui suivent bien leur traitement, je crois qu'il y a pas de rechute, ceux-là c'est... c'est fini. Y'en a d'autres qui se font des petits arrangements mais... mais bon c'est des gens qui sont... pas désagréables ! Je, j'ai jamais eu de souci d'agressivité quelconque, j'ai pas à me plaindre quoi. Donc j'avais fait une formation, à l'époque, c'était bien dans l'air du temps, on faisait plein de réunions sur la drogue... ouais, ouais, c'est dans les années, je sais pas, 92-93-94, on avait beaucoup de formations, parce que c'était le fléau...

EC :

Alors, peut-être à cause du SIDA ?

MG6 :

Je sais pas c'était comme ça, beaucoup de généralistes voulaient d'investir, c'était avant l'arrivée du Sub hein, ouais, ouais, beaucoup de s'investir, y'avait pas de moyen... Voilà le tour des addictions un petit peu.

EC :

Merci !

Est-ce que vous voudriez rajouter quelque chose que j'ai pas évoqué et qui vous paraît important ?

MG6 :

Non, je pense que ce qui est important bah c'est l'écoute, comme d'habitude, sans jugement, essayer d'amener les gens à parler, « la fois dernière docteur je vous ai un peu menti, vous pouvez multiplier par 2 », alors je dis « je m'en doutais un peu mais c'est bien honnête à vous, alors on multiplie vraiment par 2 ou c'est 2 et demi ? », « non non on reste à 2 », alors c'est bien de quantifier un peu les quantités, de, euh, ça se passe comme ça.

EC :

D'accord.

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je vous remercie d'y avoir participé.

Je vous tiendrai informée des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

7) Médecin généraliste 7

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec votre accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à vos propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer votre pratique mais simplement de recueillir votre ressenti sur certaines situations.

Est-ce que vous pourriez me raconter votre dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG7 :

Comme ça sans réfléchir ?

EC :

Ouais !

MG7 :

Euh oui. Une dame. On y va ? Une dame d'une quarantaine d'années, addicte à l'alcool, depuis plus de 20 ans... euh, donc on a traité, on a vu des addictologues, elle a fait des cures, à chaque fois ça s'est traduit quand même par un échec... jusqu'au jour où malheureusement on lui a découvert un cancer du sein... et à partir du moment où on l'a pris en charge pour ce cancer du sein, y'a plus eu d'addiction.

EC :

D'accord. Disparue.

MG7 :

C'est la dernière en date. Disparue, complètement. C'était vraiment une addicte hein. On était pratiquement à l'alcool à brûler hein. 3 tentatives de suicide, fin bref et... elle avait la totale, on avait vu des psychologues, des psychiatres, on a vu des addictologues... à chaque fois, à 4-6 semaines ça rechutait... et là ça fait 6 mois.

EC :

Et donc vous la suivez toujours régulièrement au cabinet ?

MG7 :

Oui, bien sûr.

EC :

Ok. Donc finalement là vos... vos outils on va dire, c'était plutôt des aides extérieures, qu'est-ce que vous vous utilisez au quotidien pour l'aider ?

MG7 :

Avant ? Pour l'aider ? Avant son cancer ?

EC :

Oui...

MG7 :

Oui bah, j'ai essayé, j'ai déjà essayé tout seul... y'a, y'a eu des périodes de succès, elle s'est quand même arrêtée sur des 4-6 semaines, donc je la voyais pratiquement toutes les semaines, et puis, donc après on a essayé les addictologues, c'était compliqué parce qu'elle voulait pas trop... une fois qu'elle a commencé à accepter, c'était à peu près le même schéma, on était à 4-6 semaines et après : rechute. Donc depuis, moi je la reçois, je la vois tous les 15 jours. Malgré tout je la vois tous les 15 jours.

EC :

Ouais. Et... euh, et dans les prises en charge d'addiction comme ça, en général... euh, qu'est-ce qui peut vous empêcher d'aller au bout des choses ? Qu'est-ce qui peut vous freiner dans votre pratique ?

MG7 :

Les addictions ça dépend, les addictions c'est pas toutes les mêmes. Y'a certaines addictions où je me sens plus à l'aise que d'autres... au niveau du tabac je vais loin, pratiquement tout seul... au niveau de l'alcool j'essaie, j'essaie sur... euh, on va dire allez 3-4 mois... et dès qu'il y a échec je passe la main à l'addictologue.

EC :

D'accord. Qu'est-ce que vous appelez un échec ?

MG7 :

L'échec c'est la rechute.

EC :

La première ou vous attendez ?

MG7 :

Non la première. Là aussi ça dépend, l'alcool la première. Après tabac... ou le jeu je fais pas non plus. En fait en addiction je fais que le tabac. Le jeu, je, je non, j'y arrive pas et je sais pas en fait, il faut savoir hein !, moi je sais pas les prendre en charge. Le jeu je sais pas trop... l'alcool j'essaie. Si j'ai eu des succès avec l'alcool parfois, j'ai eu une dame là, je vois une dame, j'en suis à 6 ans sans alcool... les deux à la fois d'ailleurs, alcool-tabac.

EC :

Oui donc pas facile.

MG7 :

Les deux choses à la fois oui oui. 6 ans.

EC :

D'accord. Et vous ressentez quoi dans ces moments-là ?

MG7 :

(silence)

Bah déjà je suis content pour eux, et après j'ai toujours une certaine inquiétude de la rechute quand même... parce que pour moi c'est jamais gagné quand même... l'alcool. Je pense que le tabac c'est... c'est plus simple. Alors j'ai une relation peut-être différente avec le tabac puisque j'ai été fumeur.

Donc ça peut aussi peut-être jouer. J'ai été gros fumeur et j'ai arrêté tout seul donc je sais pas, j'ai l'impression que c'est plus facile, fin pour moi c'est plus facile.

EC :

D'arrêter le tabac que...

MG7 :

D'aider les gens au niveau du tabac. Donc les addictions c'est pas toutes les mêmes. Et je pense que ça dépend de la relation du médecin avec l'addiction. A mon avis... le vécu... le vécu du médecin est importante dans ces... dans ces suivis je pense. Je pense que le médecin traitant peut mieux réussir qu'un addictologue avec certains patients et avec certaines addictions. Il me semble.

EC :

Oui c'est ce que vous avez vécu en tout cas ici...

MG7 :

Bah c'est ce que j'ai vécu depuis pas mal d'années oui...

EC :

D'accord. Et comment vous abordez le sujet des addictions avec vos patients ?

MG7 :

Alors des fois c'est eux hein... alors pareil c'est différent, le tabac c'est eux ! Le tabac pratiquement toujours c'est eux « docteur je veux arrêter de fumer ». L'alcool ils sont toujours dans le déni, donc il faut déjà commencer... tiens j'ai une dame en ce moment, encore une dame !... il faut déjà commencer par leur... euh, leur faire plus ou moins avouer qu'il y a une dépendance à l'alcool... donc ça se fait pas en une consult ça. Après une fois qu'ils ont plus ou moins reconnu, voilà ce que je fais hein, j'essaie d'en parler, j'essaie de les aider sur quelques semaines et... je vais pas m'enterrer trop, je passe vite la main quand même. La dame que je viens de trouver, de quarante-cinq ans à peu près, donc là elle a enfin avoué !, ça fait 3-4 ans que je vois bien qu'elle boit, à chaque fois euh... c'était pas du tout avoué, c'était toujours le déni, et là elle a avoué, j'ai essayé, ça marche pas, donc elle va voir l'addictologue.

EC :

Et c'est quoi vos ressources, au niveau... vous avez des centres d'addictologie ?

MG7 :

Ici ?

EC :

Oui.

MG7 :

Oui on a un centre d'addictologie à Romans et à Valence. Et puis pour l'alcool souvent ils les mettent en cure. Parfois je le fais d'emblée tout seul, je l'ai fait une fois ça. La dame dont je parlais, tabac-alcool à la fois, c'est parti d'ici et y'a pas eu d'addictologie libéral.

EC :

C'est vous qui avez fait le sevrage, oui, ici.

MG7 :

Fin c'est pas moi c'était elle (rires) !

EC :

Oui enfin vous l'avez.... Aidée.

MG7 :

Ah c'était un soir je m'en rappelle très bien, c'était un jeudi soir elle est venue en pleurs... elle habite en face... elle m'a dit « docteur j'en ai marre je veux arrêter ». Je me suis dit c'est le bon moment, j'ai pris le téléphone (frappe dans ses mains) et j'ai trouvé une place... y'a des cures près de ?? je sais plus comment ça s'appelle... j'ai appelé là et on m'a dit « elle vient dès demain ». Elle est partie le lendemain, donc elle était vraiment... c'est elle ! c'était elle qui était ce jour-là... elle est partie, elle y est restée quand même 2 mois et demi, et depuis plus rien. Donc je pense que y'a... c'est que des histoires de chasse mais... je pense que chaque patient a son histoire. Je pense pas qu'il y ait un addict pareil qu'un autre quoi. Y'a jamais un patient comme un autre, mais là c'est vraiment flagrant je trouve.

EC :

Donc pour vous, l'image de la personne dépendante, en fait y'en a pas ?

MG7 :

Non. Elles sont toutes différentes. Et leurs histoires sont différentes en fait. Si vous prenez les 3 dont on vient de parler, y'en a une... euh, c'est elle hein, qui un beau soir a dit j'en ai marre j'arrête tout, et puis j'ai eu la chance d'avoir la place le lendemain en fait, y'a le facteur chance (sourire)... y'a cette dame, jeune femme qui... voilà, qui a du mal et qui a pas avoué à son mari encore, donc je vais la passer chez l'addictologue tout de suite... c'est toutes des histoires différentes quoi. Et puis cette dame, qui subitement arrête parce qu'elle a un cancer quoi.

Donc 3 histoires complètement différentes.

EC :

Donc vous parlez beaucoup de femmes finalement !

MG7 :

Bah oui, alors déjà j'ai plus, j'ai à peu près 75% de femmes, mais c'est vrai que c'est... souvent des femmes ouais.

EC :

Et quelles euh... j'ai envie de dire par rapport aux hommes, quelles particularités vous pouvez retrouver chez les femmes, dans ces situations de dépendance ?

MG7 :

Pourquoi les femmes ?

EC :

Pas forcément pourquoi les femmes, mais dans votre vécu justement, quelles sont les spécificités qui concernent plus la femme ?

MG7 :

Je pense que la femme est plus seule. Des 3 dames dont je vous parle, c'est 3 dames qui ont été ou sont un peu seules, ouais.

EC :

Seules sur le plan familial, social... ?

MG7 :

Seules... non elles sont toutes accompagnées, mais elles sont seules parce que... elles ont peut-être plus honte que l'homme d'ailleurs, donc elles veulent plus se cacher devant leurs enfants, devant leur mari, et donc elles se renferment plus je pense oui. Un homme il va être plus direct quand même. J'ai eu un homme-là récemment qui est décédé d'un cancer du poumon, c'était direct hein, « oui ok je bois je fume ». Et l'homme est peut-être plus, ça va pas être poli, plus grande gueule. Il est presque pas fier mais... euh, voilà « je bois, je fume, j'en ai rien à faire et je vais mourir d'un cancer du poumon », c'était un peu le discours du monsieur quoi. Tous différents (rires) ! Par contre tous intéressants. Parce que ben y'a une souffrance, et finalement on est là pour ça. Y'a une souffrance chez tous en fait, quel que soit le cas, y'a une fêlure quelque part quoi. Je suis pas sûr qu'on devienne addict à quelque chose comme ça par hasard. Après il faut trouver pourquoi, des fois il sait pas lui-même. Donc faut chercher. Faut du temps par contre. Je pense que, alors y'a ça aussi dans notre profession de MG hein, et de médecin traitant, ça nécessite un investissement important, de notre part, il faut accepter le fait que ce sera probablement un échec. Faut être honnête, et puis il faut beaucoup de temps ouais.

EC :

Comment vous gérez ça au quotidien ?

MG7 :

Quoi le temps ?

EC :

Oui, en consultation.

MG7 :

Ah bah j'avoue qu'il y a certaines consultations qui sont pas de bonne qualité parce que j'ai pas le temps hein, donc quand je sens que c'est pas... qu'on n'a pas fait ce qu'il fallait faire, je les, je leur donne un rendez-vous plus tôt. Un peu comme quand on fait une consultation d'annonce il faut du temps.

EC :

D'accord donc reconvoquer et...

MG7 :

Je reconvoque oui. Je leur laisse toujours aussi la porte ouverte du mail. Je travaille beaucoup par mails, et si je sens que la consult a pas été excellente, ou que le patient n'a pas dit tout ce qu'il avait envie de dire, parce qu'il a pas le temps, parce qu'il a pas osé, je leur dis vous pouvez toujours m'écrire.

EC :

Et ça marche ?

MG7 :

Ah oui. Sur des plus jeunes. Sincèrement quand vous leur dites de, euh... « écris-moi ou écrivez-moi si vous voulez me dire les choses différemment », ils le font. C'est une consult, ça prend du temps ! Ça prend du temps parce qu'il faut répondre quand même, ou reconvoquer.

EC :

Donc un moyen de dépistage en tout cas, comme un autre ! Le mail.

MG7 :

Je pense oui, c'est une maladie comme une autre.

EC :

Et je vais revenir aux femmes, mais euh... du coup vous disiez que c'était peut-être plutôt honteux, des femmes qui se cachaient...

MG7 :

Mal vécu ! C'est vécu différemment.

EC :

Est-ce que quand vous...

MG7 :

Avec mon expérience avec les patientes que j'ai hein, c'est pas dit que ce soit...

EC :

Oui bien sûr, oui c'est vous ce que vous...

MG7 :

Scientifiquement c'est non prouvé ça, moi je le ressens comme ça.

EC :

Et en tout cas quand vous recevez ces femmes, quand vous savez ou pensez à la dépendance, est-ce qu'il y a des alarmes qui vous viennent, des dangers particuliers, des choses à dépister plus chez les femmes que chez les hommes... ?

MG7 :

Bah j'essaie de dépister, m'assurer qu'il y ait pas de risque suicidaire déjà, parce qu'il peut y avoir, certaines formes d'ailleurs, je m'assure aussi de l'état clinique, donc je fais... ça aussi ça peut m'aider d'ailleurs, chez un alcoolodépendant, un bilan clinique ça peut m'aider à rentrer dans la discussion. La dernière dame dont je vous parle, c'est par la prise de sang, j'ai dit « voyez, il se passe quelque chose ». C'est là qu'elle a craqué, qu'elle a dit « oui je bois »... (silence). Et puis l'examen clinique hein, je fais toujours un examen clinique, même sevrage tabagique ils passent toujours derrière. C'est jamais qu'une consult comme ça en face à face, il y a toujours un examen clinique. Alors l'examen clinique déjà pour voir s'il y a pas trop de problème et puis parfois une fois sur la table... euh, c'est pas un face à face, et ils livrent des choses qu'ils livreraient pas au bureau. Voilà c'est ma petite technique.

EC :

Et à votre avis ces femmes quand vous les prenez en charge qu'est-ce qu'elles attendent de vous ?

MG7 :

Une écoute je pense déjà, une écoute en fait. Plus une écoute qu'une aide réelle en fait. Parce que justement comme elles s'expriment pas, contrairement à l'homme, l'homme il a toujours ses copains ou au travail, mais la femme elle s'exprime pas donc ici elle s'exprime je pense.

EC :

D'accord, de l'écoute.

MG7 :

De l'écoute et puis probablement, bah des, des outils pour essayer de s'en sortir, et puis parfois quand même de la chimie, on peut en avoir besoin.

EC :

Des médicaments c'est ça ?

MG7 :

Mmh. L'écoute ne suffit pas, le sevrage tabagique, c'est quand même ceux que je fais le plus, j'ai recours à la chimie hein. Mais c'est pareil, faut prendre le temps d'expliquer à quoi ça sert, comment ça marche. Si on prend le tabac, c'est en vente là maintenant je crois, les patchs, je trouve ça dommage parce que moi je leur dis de revenir tous les 15 jours, je réévalue. Donc tous les 15 jours on reparle du sevrage, combien ils ont fumé, pas fumé, comment ils mettent le patch, est-ce qu'ils utilisent des gommes à côté, etc. etc., et en fonction j'explique, on marche tranquillement tous les deux tous les 15 jours. Je pense qu'on peut pas faire autrement. Le fumeur alcoolique c'est encore autre chose. Mais le fumeur, je me vois pas lui dire « bah vous mettez vos patchs et on en reparle dans 6 mois ». C'est impossible, et il peut pas arrêter comme ça.

EC :

Donc c'est beaucoup de soutien, régulier, de l'écoute...

MG7 :

Ah oui. Présence. D'où l'intérêt du mail. Parce que si, voilà, on n'est pas toujours là non plus. Et voilà si on n'est pas là le jour où ils ont envie de parler, parce que ça peut leur prendre n'importe quand à n'importe quelle heure, ils écrivent.

EC :

Et dans les consultations de femme en générale, en dehors des dépendances, quand vous recevez une femme au cabinet, est-ce qu'il y a, voilà, encore une fois des particularités, un abord, différent, des motifs de consultation qui vont vous venir, qui vont arriver plus souvent sur le bureau, voilà est-ce qu'il y a des différences pour vous ?

MG7 :

Non, c'est une question piège ça, c'est plus du tout de l'addictologie ça (rires).

EC :

Je m'étends oui (rires).

MG7 :

Non je... alors comme je dis toujours à mes internes ici c'est pas un cabinet très fiable, parce que c'est un cabinet de 42 ans, c'est des patientes que j'ai vu naître pratiquement, donc il y a quand même une relation un peu différente hein, il y a une complicité, il y a une amitié peut-être, il y a un

respect c'est sûr, donc... euh, fin j'en sais rien si c'est pas fiable, mais comme je prends pas de nouveau patient, c'est que des gens que je connais et qui me connaissent, sur le bout des doigts. Alors on connaît jamais complètement mais... non je pense pas qu'il y ait une différence entre la femme et l'homme, les motifs sont pas les mêmes hein, fin une angine c'est comme pour un monsieur, mais c'est vrai que la femme vient plus pour des problèmes gynéco ou... et puis la femme plus âgée oui, ça tourne plus autour de la gynéco.

EC :

Et je repense à ce que vous disiez au niveau du dépistage dans les addictions, du risque suicidaire, donc pour vous dans les addictions il y a un lien en tout cas avec des pathologies psychiatriques ou juste ce risque suicidaire ? Pour vous ça peut s'étendre ou...

MG7 :

Ça peut s'étendre, après c'est plus le même domaine hein. Il y a effectivement quelques patients addicts et psychiatriques oui. C'est la différence entre faire de la psycho et faire de la psychiatrie hein. Il y a quand même des patientes schizo, parano, délirantes, où il faut faire attention quoi... mais je sais pas gérer. Et puis il vaut mieux peut-être pas gérer (sourire).

EC :

Rester prudent (rires) ?

MG7 :

Ben, c'est compliqué la psychiatrie quand même, faut connaître. C'est pareil pour l'homme, faut se méfier de l'homme...

EC :

Pourquoi ?

MG7 :

Parce qu'il passe vite à l'action, il est violent l'homme quand même. Moi les cas de suicides que j'ai, alors c'est pas forcément en addiction, c'est des hommes. J'ai perdu très très peu de femmes sur suicide. Et, reconnaissons-le, parfois par des consultations mal gérées, trop rapides. J'ai moins maintenant. Mais j'ai eu voilà, des annonces mal faites, c'est compliqué l'annonce aussi, si vous prenez pas votre temps...

EC :

Donc l'annonce d'une pathologie quelle qu'elle soit, en général ?

MG7 :

Oui.

EC :

Et bien merci beaucoup.

MG7 :

Mais c'est pas de l'addiction, mais c'est aussi passionnant.

EC :

Oui, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter, un thème qu'on n'a pas abordé, des idées...

MG7 :

Non. Est-ce que je vous ai aidé ?

EC :

Oui, toujours merci beaucoup !

MG7 :

Mais l'addiction c'est passionnant, je l'ai dit y'a pas un patient que vous allez trouver comme l'autre et pas un médecin je pense. Le vécu des médecins j'y crois quand même.

EC :

En tout cas c'est ce que vous voyez...

MG7 :

Ce que je ressens en tout cas. Je suis pas plus... je suis plus à l'aise avec un fumeur qu'avec un alcoolique c'est sûr. Je pense aussi que le temps nous change, on devient plus tolérant, parce qu'on a eu tous nos emmerdes d'une vie normale quoi. Je me rappelle, au tout début que je travaillais, l'alcool, l'alcoolique, je... je comprenais pas trop quoi. J'acceptais pas trop. Alors que maintenant oui sans problème.

EC :

Et pour vous c'est l'expérience qui vous a fait évoluer là-dessus ?

MG7 :

Je suis pas sûr que ce soit l'expérience professionnelle, c'est l'expérience de la vie tout simplement. Et puis bien... bien intégrer que si quelqu'un est addict de quelque chose c'est qu'il y a une fêlure. Je suis persuadé qu'on n'est pas addict comme ça par hasard. C'est le côté intéressant mais c'est le côté long, je me serais pas vu addictologue en fait, il faut de la patience quand même. Et puis je pense que c'est vrai que quand on prend en charge un addict il faut accepter le fait que ce sera probablement un échec, il faut l'accepter. Parce que le taux de réussite je sais pas je connais pas, vous avez pas ?

EC :

Bah, avec les rechutes c'est vrai qu'on mesure plutôt le temps entre le sevrage et la rechute.

MG7 :

Donc vous envisagez toujours la rechute ?

EC :

Oui.

MG7 :

Donc pour moi l'échec.

EC :

Pour vous l'échec d'accord.

MG7 :

C'est pas... oui échec, peut-être pas échec selon le dictionnaire Larousse, mais à partir du moment où on n'a pas sorti son patient de l'ornière, c'est pour moi un échec. On est là pour qu'il n'y ait pas d'échec.

EC :

Ouais, c'est votre ressenti quoi, c'est votre sentiment.

MG7 :

Bah moi je pars du principe que je suis là pour les guérir, donc si ils rechutent je les ai pas guéri quoi, je les ai mis en rémission. Ils sont pas guéris. Fin il me semble hein, moi quand un ancien fumeur me dit « de toute façon ça fait 10 ans que j'ai arrêté je suis sauvé », je lui dis « non vous êtes pas sauvés » (silence). Parfois je me donne en exemple (rires), moi ça fait 38 ans je suis pas sauvé.

EC :

D'accord.

MG7 :

On peut probablement guérir d'un cancer mais pas d'une addiction. Je suis pessimiste là !

EC :

Oui, pour vous ça reste toujours un danger...

MG7 :

Un danger quelque part ! je pense que c'est tous les jours un petit combat, pour pas rechuter, c'est pas une obsession hein, mais y'a toujours le risque, il suffit d'un faux pas, d'un problème dans sa vie, et on peut rechuter je pense. Compliqué d'être addict, parce qu'on est tous addict à quelque chose.

EC :

Oui, compliqué de gérer aussi !

MG7 :

Compliqué de gérer aussi mais la définition de l'addictologie c'est quoi ? C'est une dépendance, on est tous dépendant de quelque chose, ou de quelqu'un. Faut faire de la philo là, c'est plus pareil (rires) !

(silence)

En ce qui concerne les femmes en tout cas, ce que je peux dire c'est qu'elles portent beaucoup de choses, la femme salariée voilà, qui s'occupe de ses enfants. Je tiens un dispensaire en Afrique et je travaille aussi en Arménie. Les femmes portent la souffrance, quelle que soit la culture. Les hommes aussi mais c'est différent.

EC :

Oui, merci beaucoup !

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je vous remercie d'y avoir participé.

Je vous tiendrai informé des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

8) Médecin généraliste 8

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec votre accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à vos propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer votre pratique mais simplement de recueillir votre ressenti sur certaines situations.

Est-ce que vous pourriez me raconter votre dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG8 :

Dépendant à tout en fait ?

EC :

C'est ça, dans le thème des addictions... euh, à n'importe quoi.

MG8 :

Oui une patiente addictive aux médicaments, aux tranquillisants. Qu'est-ce que tu veux qu'on raconte là-dessus, qu'est-ce qui s'est passé ?

EC :

Oui voilà.

MG8 :

Alors c'est une dame que j'ai connue il y a très longtemps, quand je me suis installé au tout début... euh, qui bénéficiait d'un suivi psychiatrique particulier et qui venait régulièrement, en parallèle venait me voir pour régulièrement prendre des médicaments. Ah non elle avait pas de suivi psy pardon, je te dis une bêtise. Elle venait pour, elle change de médecin et elle vient pour prendre des tranquillisants. Je vois monter la sauce tout doucement, j'arrive pas trop à comprendre ce qu'il se passe, et je me retrouve face à une patiente... euh, qui bouffe des quantités quand même assez importante de benzo et qui est quand même dans une stratégie de monter, monter, monter. Donc ça me pose un problème parce que les ordonnances deviennent de plus en plus courtes, les quantités deviennent complètement... euh, exagérées à mon avis, et je suis mal à l'aise parce que je fais pas mon boulot, j'ai l'impression de pas lui rendre service, après y'a deux attitudes à l'époque c'est-à-dire que j'aurais pu continuer à lui renouveler ses ordonnances, et lui dire « bon ok », et me dire je rentre dans ma phase de soignant il faut que je fasse quelque chose. Donc je lui ai demandé plusieurs fois d'aller voir le psychiatre pour encadrer ça et trouver un traitement de fond pour éviter la consommation de benzo et d'anxiolytiques et elle refusait. Et un jour je lui ai dit « bah moi je ne vous renouvelle pas l'ordonnance », et ça a été au clash et je lui dit « mais je suis pas... vous êtes dépendante, et vous êtes dans une position de toxicomane et je suis un soignant, je suis pas un dealer, je dois pas vous donner des traitements sans contrôle et sans vous rendre service », donc petit à petit elle accepte finalement d'aller voir le psy, elle est suivie en psychiatrie... euh, à l'hôpital de ??, depuis 10 ou 15 ans, elle voit régulièrement le psychiatre, elle a un traitement... euh, psychotrope, elle a des anxiolytiques toujours mais bon y'a un semblant de cadre... voilà. Elle a développé aussi par la suite une BPCO. Dernier rebondissement c'est qu'elle reste quand même très très fragile dans sa tête... et récemment on s'est accroché... euh, en consultation au début du confinement on s'est accroché parce que elle avait des problèmes de cheveux soit disant, c'est lié à ses problèmes psychiatriques je pense, c'est une dermatose de stress, et... elle est très revendicatrice, demandant qu'on trouve une solution, elle a vu le dermatologue, je l'ai envoyée voir le dermatologue à l'hôpital qui dit voilà c'est ça et y'a pas grand-chose à faire, et là elle est arrivée en consultation en me ressortant cette histoire-là, en disant que... on trouvait pas la solution, je lui dis « bah il faut que je vous examine », elle m'a dit « vous ne touchez pas à mes cheveux, vous ne m'examinez pas parce que j'ai trop mal et puis de toute façon vous allez rien trouver », je lui dis « mais pourquoi vous venez », et... là elle part en cacahuète et là elle me ressort en fait cette histoire d'encadrement, elle me dit « de toute façon vous avez jamais rien fait pour moi à part m'envoyer chez un psy, chez les fous, en disant que j'étais folle et que j'étais une toxicomane et que j'abusais

des médicaments » et... je me suis rendu compte qu'en fait elle avait toujours pas progressé... elle était toujours... j'étais toujours face à une patiente probablement encore dépendante aux médocs et voilà, et qu'elle elle était dans le reproche d'une procédure de soin. Et ce qui finalement fait écho de temps en temps je pense avec d'autres personnes, où on va avoir un, quelqu'un de dépendant, et tu vas essayer de l'orienter au mieux sur des soins adaptés, et finalement d'être orienté sur des soins adaptés, il peut t'en faire le reproche. On l'avait envoyée chez l'addictologue, on l'avait envoyée chez... euh, au service, au CRAT, pour se faire aider et tout et de temps en temps les gens ils... ils veulent pas qu'on les mette face à ça. Voilà c'est souvent, c'est ça le dernier truc qui me vient à l'idée.

EC :

Un reproche alors surtout ?

MG8 :

Ouais, enfin une difficulté de prise en charge en fait. Après en même temps que je te parle je me dis que... j'ai revu récemment un monsieur pour qui je me suis beaucoup battu... euh, qui était un, qui était hein je dis, un grand alcoolique... euh, sa famille m'a appelé, il est marié, deux enfants, et sa femme m'a appelé... euh, petit à petit c'est monté en charge, il est vigneron, alors dans le coin vigneron et alcoolique c'est une double problématique, et... on a essayé de le remonter et un jour elle m'appelle, je vais chez eux, je le fais hospitaliser une première fois, deuxième fois, fin c'était assez chaud, et je me suis retrouvé confronté à une problématique, c'est qu'il arrivait à l'hôpital ivre, en état vraiment précaire, donc il était pris en charge par l'unité d'alcoologie le temps de dessoûler, quand il allait mieux, les alcoologues disaient « c'est pas un problème d'alcool, c'est un problème de... d'angoisse, d'anxiété, il utilise l'alcool pour se détendre » et les psychiatres disaient « ouais mais en fait nous on peut pas s'en occuper parce qu'il est alcoolique », ça tournait en rond, chacun se renvoyait la balle, quand il arrivait il était pas bien les psychiatres disaient « il est bourré, il va en alcoologie » et quand il était en alcoologie ils disaient « bah il est mieux il va en psy » et ça avançait pas, et un jour je me suis fâché, j'ai appelé l'alcoologue, j'ai appelé le psychiatre, je leur ai dit « il faut que vous vous mettiez d'accord, ce monsieur je pense pas, il a un problème de dépendance à l'alcool mais qui est lié à un problème d'angoisse, d'anxiété, donc si on résout pas le problème d'anxiété d'un côté on va pas résoudre le problème d'alcool donc il faut que vous travailliez en concertation » et ça a été fait, et aujourd'hui il a arrêté de boire, on a géré sa maladie anxio dépressive et il a arrêté de boire. Fin il reste fragile parce qu'il a un lourd passif mais ça va.

EC :

Ok, du coup vous parlez d'addictologue, de psychiatre, est-ce que au cabinet y'a d'autres choses que vous utilisez, peut-être plus au quotidien pour aider justement dans les dépendances ?

MG8 :

Alors déjà il faut les isoler, il faut déjà dépister les dépendances, parce que les deux tableaux que j'ai décrit sont des tableaux aigus, et c'est des gens qui étaient, avant, et souvent on est surpris... euh, en fait, j'arrive encore à me faire surprendre par certains états de dépendance chez certains patients que je n'ai pas su voir venir. Donc déjà y'a savoir qui est dépendant ou pas. Ça c'est un premier problème.

EC :

Et comment vous faites ?

MG8 :

Bah j'essaie de faire les interventions ponctuelles qui sont recommandées, euh, j'essaie... euh, de d'en parler de temps en temps à la famille, elle peut être un soutien, ça c'est aussi l'attitude du médecin si tu restes ouvert à la communication avec la famille bah la famille sait qu'elle peut aussi te solliciter, et discuter... euh, voilà, mais c'est une problématique, c'est une réelle problématique. Tous les ans quand on... on tire les dossiers et qu'on doit remplir les ROSP, combien de personnes tabagiques on a, combien on en a dépistés, combien on a d'alcool et combien on a fait d'interventions ponctuelles, tu te grattes la tête à te dire « voilà, statistiquement en France on sait qu'il y a tant de pourcentage d'alcooliques, combien dans ma patientèle je dois en avoir, est-ce que j'ai isolé » moi c'est comme ça que j'ai commencé à réfléchir à ça, et puis je me suis dit je dois sous-estimer largement le problème. Après... euh, quelle est la définition du... y'a aussi un problème de définition, où tu mets le curseur, y'a des gens qui sont probablement dépendants mais veulent pas s'en sortir et pour qui ça pose pas de problème... euh, t'as le droit de boire dans la sphère privée, si tu prends pas ta voiture, si tu restes et tout, si tu travailles, fin si tu restes inséré socialement, est-ce qu'on doit, fin et c'est ceux-là qui sont difficiles peut-être à dépister, de temps en temps tu vas les voir arriver au stade de la complication, un jour tu vas arriver... je me souviens très bien d'un patient qui a changé de médecin, fin qui est allé voir mon ancien associé... euh, qui était alcoolique, et que j'avais isolé comme tel, et que je surveillais, et que j'aidais, j'avais essayé d'étayer mais qui était probablement pas, lui il était pas dans une démarche de soin, et que tous les ans au moins, à qui je faisais faire bilan, écho hépatique et tout, et un jour, bah au bilan, fin un jour il vient en consultation j'étais pas là, il voit mon associé, donc grosse dégradation de l'état général, et on lui découvre... euh, une cirrhose, il était en décompensation oedémato-ascitique. Donc mon associé lui annonce qu'il est cirrhotique, il lui dit bah c'est quoi, il lui dit bah c'est l'alcool et il dit « ah le Dr ?? m'a jamais dit que j'avais des problèmes d'alcool et tout » et y'a mon associé qui lui dit « mais le Dr ?? ça fait tous les ans qu'il vous fait un bilan hépatique, une écho, c'était juste comme ça ? », ça aussi c'est... qu'est-ce qu'entendent les gens ? de quoi veulent-ils se saisir ? c'est aussi une autre difficulté. Donc c'est quelque chose de... identifier, accompagner, c'est deux choses qui peuvent être à mon avis assez difficiles, et d'autant plus difficiles que... aujourd'hui pour un médecin généraliste, la charge de travail fait que, on a combien de temps à faire pour... euh, tenir, isoler, écouter, interroger... ça c'est aussi un autre problème.

EC :

Et face à ces patients, vous avez quels sentiments, qu'est-ce que vous ressentez face à voilà cette dame qui ne voit pas ce que vous voyez, ou ce monsieur qui est dans la même situation et qui un jour dit « ah bah j'étais pas au courant ! », comment vous voyez ça ?

MG8 :

Euh... à une époque ça me posait un problème, je pense que j'ai... j'avais pas le même âge, pas la même expérience, aujourd'hui avec l'expérience, ça fait partie de notre travail, c'est, moi je aujourd'hui, j'ai appris grâce à la fac à raisonner en erreur évitable, et d'apprendre de nos erreurs,

donc est-ce que, quand quelqu'un me fait un reproche, je vais pas me dire « il a tort », je vais me dire « il a probablement raison », donc déjà je vais chercher à comprendre qu'est-ce qui fait que il y a quelque chose qui allait pas, et l'analyser, et me dire « pourquoi j'ai pas fait, qu'est-ce que j'ai pu pas faire et qu'est-ce qu'il faut que je change et qu'est-ce que je peux améliorer » et réfléchir par exemple... au sein de la maison de santé, c'est l'avantage de travailler au sein d'une maison de santé, aujourd'hui c'est pas les, dans les... dans les champs d'activité que l'on avait retenu pour la maison de santé, mais peut-être que dans quelques temps, on s'intéressera, le groupe, de travailler justement sur la détection, la prise en charge, des, des personnes, des dépendances, voilà.

EC :

Donc un travail de groupe en tout cas plutôt...

MG8 :

Je pense que aujourd'hui oui, seul je pense qu'on peut pas, on peut pas être tout seul, c'est très complexe, si on prend la toxicomanie, j'ai découvert très tôt quand je remplaçais que la toxicomanie n'était pas qu'un problème d'ordre médical, c'était pas donner du SUBUTEX ou de la METHADONE à un toxicomane, on ne résolvait pas son problème, y'avait problème sociétal derrière, y'avait un problème social, d'intégration, et que si on travaillait pas avec l'assistante sociale, si on travaillait pas avec le médecin du travail si ils étaient encore un peu insérés, si on travaille pas effectivement avec des psychologues, si on travaille pas avec des aides familiales pour étayer si ils ont une famille et tout on va pas y arriver. Y'a, c'est, la dépendance est probablement, enfin pas probablement, est un problème multi factoriel qui n'est pas que du champ du médecin généraliste, je pense qu'il y a beaucoup d'intervenants qui doivent euh, rentrer en compte.

EC :

D'accord. Et du coup vous parliez d'une femme comme dernière expérience, quelles particularités, quelles spécificités vous pouvez trouver dans la prise en charge des femmes dépendantes par rapport aux hommes ?

MG8 :

Euh... on va parler d'un sujet, on en discutait en groupe de pairs un moment, ça a été l'objet d'un groupe de pairs, d'échange de pratique, l'alcoolisme au féminin. Quelque chose de très sous-estimé, par le monde médical, on pense plus facilement à demander à un homme sa consommation d'alcool qu'à demander à une femme, les stéréotypes qu'on a dans la tête, on voit un homme qui va boire régulièrement une certaine quantité et les femmes qui vont probablement boire moins mais on pense pas qu'elles ont un poids moindre, un métabolisme moindre et que finalement ça fait une quantité qui est trop forte pour elles, et puis l'alcoolisation festive des femmes est quand même beaucoup moins marquée que celle des hommes, et donc c'est une alcoolisation qui est beaucoup plus cachée. Il nous est arrivé de prendre au sein de l'association, fin médicale, avec mes associés, de prendre en charge des femmes alcooliques, c'est compliqué de... de faire admettre que la patiente arrive, qu'on nous l'amène, et souvent déjà c'est des formes très avancées. Je me souviens très bien d'une dame, d'une patiente de mon ancien associé qui... euh, son alcoolisme a toujours été nié par la famille, fin même la famille voulait pas le voir. Et on nous a amené la patiente quand elle a commencé à avoir des complications d'ordre cérébrales.

EC :

D'accord.

MG8 :

Et ça aussi c'est, pour les patientes je trouve que c'est très compliqué.

EC :

Pourquoi à votre avis elles le cachent plus ? Pourquoi c'est plus difficile de... fin pourquoi elles arrivent plus tard finalement ?

MG8 :

Je pense que c'est la société. Je pense qu'on a valorisé la consommation d'alcool auprès des hommes, culturellement... euh, les ouvriers sortaient du... truc, ils allaient au bistrot, les femmes n'allaient pas au bistrot... euh, en, on va parler du milieu étudiant, les garçons s'alcoolisent, s'alcoolisaient parce que ça a bien changé, les garçons s'alcoolisaient, par exemple dans les facs de médecine les garçons étaient beaucoup plus alcoolisés que les filles. Donc c'est un poids culturel, c'est un poids... je pense, et les femmes utilisent l'alcool souvent à des visées... euh, c'est peut-être une idée de ma part, mais souvent à visée anxiolytique. Elles vont rentrer dans l'alcoolisation pour... euh, pour se détendre et souvent se détendre d'une situation familiale du coup le cacher. C'est « j'ai du mal à vivre dans ma vie de famille, je commence à boire pour supporter la charge mentale, ou le stress que ça procure, et du coup bah j'ai pas de raison d'en parler ».

EC :

D'accord, ok.

MG8 :

Ouais je pense que voilà. Et puis oui nous nos biais cognitifs qui font qu'on va plus penser qu'un vigneron est alcoolique qu'une vigneronne.

EC :

Donc moins de dépistage chez les femmes ?

MG8 :

Oui, ah oui, bien sûr, moi je me mets dans le sac, je suis probablement moins attentif à dépister l'alcoolisme chez les femmes que chez les hommes ça c'est clair.

EC :

Et quand vous voyez une femme alcoolique est-ce qu'il y a des alarmes, des choses qui s'allument, que vous allez rechercher plus particulièrement par rapport à l'homme toujours ?

MG8 :

Moi je vais faire attention, souvent quand on commence à aborder le problème de l'alcoolisation chez une femme de faire attention probablement à tout ce qui est suivi derrière. Parce que si on commence à rentrer dans un process médical c'est que derrière il y a probablement autre chose et ça va être de vérifier par exemple que tout ce qui est suivi gynéco, suivi et tout, a été mis en place, a été fait. Et souvent c'est pas fait, parce que ça fait partie du laisser-aller, voilà. Donc oui ça oui, de temps en temps il faut reprendre les choses à zéro.

EC :

D'accord.

MG8 :

Là-dessus. Ouais après c'est chaque personne est différente et comment va réagir la personne et de quoi, qu'est-ce qu'elle va être demandeuse.

EC :

Et qu'est-ce qu'elle peut attendre de vous du coup ?

MG8 :

Bah tout dépend si c'est une personne qui vient pour arrêter ou si c'est une personne qui est amenée pour arrêter, déjà. Je pense que t'es pas dans la même... consultation. Si c'est la personne qui vient pour arrêter t'as un objectif, l'aider à arrêter. Si c'est quelqu'un qu'on t'amène parce que y'a un problème social lié à une dépendance... là y'a tout un champ des possibles qui s'ouvre, parce que y'a la dépendance, y'aura le côté social, et fin tout un tas de choses à discuter et pourquoi la famille amène, ou l'entourage, pourquoi, qu'est-ce qui... voilà je pense que c'est deux consultations tout à fait différentes. Enfin c'est pas je pense, c'est sûr.

EC :

En tout cas vous intégrez beaucoup la famille dans la prise en charge.

MG8 :

Ah oui, oui, j'ai... c'est une expérience personnelle qui vaut ce qu'elle vaut, j'ai j'ai eu quelques cas de grands alcooliques vraiment très auto destructeurs et qui... qui étaient, donc les répercussions étaient, connues dans la famille, c'était très compliqué, et... j'ai en tête deux patients, quand ils s'en sont sortis, leur conjoint est parti. J'ai eu l'impression que la femme, j'ai en tête un patient, sa femme l'a accompagné jusqu'au bout, toute la démarche, et ça a été dur pour elle, ce monsieur était vraiment très compliqué, et... y'a eu une espèce d'épuisement, alors elle a porté le truc, elle s'est épuisée et quand elle a senti qu'il était en sécurité, elle est partie (silence). Très étonnant c'est la première fois que je voyais ça et ça m'a beaucoup questionné, on en a parlé en GEP, on avait abordé ça et... les médecins généralistes avec lesquels j'ai partagé ce groupe de pairs avaient aussi noté ce genre de problématique. T'as un épuisement de la famille...

EC :

Oui un épuisement des aidants, comme dans d'autres pathologies d'ailleurs.

MG8 :

Oui on parle de l'Alzheimer, mais l'épuisement de la famille, l'environnement familial d'une personne dépendante est très fortement impacté. Et très sous-estimé. Donc finalement de temps en temps tu as plus intérêt, fin plus intérêt, c'est un critère de jugement, mais de temps en temps c'est déjà la priorité c'est d'aider l'entourage avant d'aider la personne dépendante. Ça peut être la première priorité, la première urgence.

EC :

Et là je vais sortir un peu des addictions, mais sur la femme en général, quand elle vient consulter au cabinet, fin vous voyez une patiente, n'importe laquelle, est-ce que voilà, est-ce que vous avez des motifs particuliers qui vont vous venir en tête, est-ce que vous avez un abord peut-être qui sera différent, voilà, est-ce que vous sentez des particularités chez la femme que vous voyez pas chez l'homme, en tout cas dans votre pratique ?

MG8 :

Euh... c'est quelque chose de fluctuant, c'est ce que j'expliquais ce matin à l'externe qui est en stage et qui me posait des questions sur nos capacités de communication. Euh... je lui ai expliqué deux choses. Un tu n'as pas le même niveau de communication à mon âge et à mon expérience, que quand je me suis installé. Forcément. Première chose. Deuxième chose, j'ai plus les mêmes techniques de communication du fait que je suis universitaire. Le fait d'être maître de stage et d'avoir été formé à la pédagogie a changé ma façon d'être. C'est impactant. J'ai des étudiants, donc j'ai appris à et tout, et je me suis formé à la communication. Donc forcément, euh, ça impacte aussi sur la façon dont je vais, aujourd'hui je peux aborder une consultation, discuter, écouter. J'ai appris les techniques de questions ouvertes, voilà, y'a des trucs qu'on m'a enseigné pour les étudiants, que tu remets en place tout à fait naturellement dans tes consultations. Après la place de la patiente est particulière, aujourd'hui, et c'était l'objet de la question de mon étudiante, euh, alors, tu le sais, l'organisation du cabinet fait que par exemple moi je ne fais plus de gynécologie. C'est mes associés qui font ça très bien, ils se sont vraiment spécialisés là-dedans et ils le font très bien. Moi je fais pour elles tout ce qui est plus technique, les électro, les infiltrations, des choses comme ça, donc c'est déjà deux choses qui changent la relation que je peux aussi avoir avec elles, les femmes. Euh, l'autre chose, c'est que j'ai aujourd'hui beaucoup de patientes que j'ai connu quand je me suis installé, donc je les ai connues elles étaient adolescentes, y'a 15 ans, et maintenant ce sont des mamans, et la question qu'on se posait c'est, l'étudiante me faisait remarquer, « comment on sait si on doit vouvoyer ou tutoyer ? », et je lui ai dit « je sais pas j'ai pas la réponse, je sais pas si je dois arrêter de tutoyer les enfants que j'ai soigné qui sont devenus des adultes ». Y'a des médecins qui font ça qui arrêtent de tutoyer et qui passent au vouvoiement à l'âge adulte. Moi je peux pas pour le moment, je sais même pas si c'est souhaitable, mais du coup ça change aussi mon abord, vis-à-vis, et globalement ces personnes-là pour moi elles sont pas hommes ou femmes, ce sont des patients. Donc y'a pas de, pour moi dans ma tête j'ai pas à me dire, c'est un homme c'est une femme, j'ai passé ce cadre-là en fait. L'autre chose c'est que vis-à-vis des femmes, dans la société actuelle, la

place évoluant, euh, voilà... euh, et le fait aussi d'être enseignant m'a ouvert, c'est que vous êtes de plus en plus nombreuses, j'ai reçu la liste de mes tutorés, on va encore être très sous-représentés en tant que mâle dominant dans le groupe (rires), je suis papa de deux filles, donc oui j'ai pas forcément, tout ça ça impacte sur ma relation aux femmes. Et j'ai une expérience difficile et douloureuse, fin pas douloureuse, mais j'ai une patiente, tiens ça va rejoindre deux de tes problématiques, une patiente qui quand elle était jeune était alcoolique, mais 18-20 ans était très très gravement alcoolique, et elle s'est complètement reconstruite, elle est mariée, elle a des enfants, elle a complètement passé tout ça, elle est épanouie, et un jour je remplaçais mon associé, elle vient en consultation pour un problème gynécologique, j'étais donc très jeune et je l'examine, donc je lui demande de se déshabiller et tout, et le cabinet où j'exerçais à l'époque y'avait une salle d'examen accolée, attenante, qui était vraiment un lieu intime, et je l'examine, je la fais installer et pose un spéculum je regarde et je termine par un toucher pelvien. Et elle en a reparlé à mon associé après, elle a été traumatisée par ce geste. Ça l'a traumatisée, ça l'a marquée, euh, elle a considéré ça comme étant, pas un viol, mais oui auquel elle ne s'attendait pas et non consenti. Ça m'a beaucoup fait réfléchir, ce qu'on disait tout à l'heure quand on apprend de nos erreurs, et l'acceptation, sur l'examen, sur voilà. Et très probablement aussi ça a mis un frein à ma façon d'examiner les femmes sur un point gynécologique en prenant beaucoup plus de précautions et en voilà.

EC :

D'accord.

MG8 :

Mais c'est la seule, oui, ça a été quelque chose de déterminant oui. Mais après, un patient homme ou femme reste un patient.

EC :

Ok. Et je reviens juste sur les addictions, en général, homme ou femme, quelle serait pour vous l'image du patient dépendant, si vous en avez une ? A quelles idées vous pouvez associer une dépendance ?

MG8 :

Y'en a pas. Y'en a pas, je me rappelle souvent de mon cours, c'était le cours d'addictologie, et c'était le professeur, on avait un super professeur à Dijon là-dessus, et il rentre... euh, il nous dit je vais vous présenter la définition de l'alcoolisme. Nous jeunes étudiants on s'attendait à ce qu'il nous donne des quantités, et il explique que l'alcoolisme n'est pas une question de quantité mais une question d'habitude. Et... pour lui la définition d'un alcoolique est une personne qui va trop consommer, toujours dans les mêmes circonstances, mais sans s'en rendre compte et sans pouvoir se freiner. Euh... je développe, il va au restaurant, tu vas au restaurant, tu sais que tu ne dois pas prendre ta voiture si tu as trop bu, mais malgré tout à chaque fois que tu vas au restaurant tu vas sortir en ayant trop bu, tu vas peut-être être pris par la maréchaussée mais tu vas recommencer quelque temps après. C'est une définition de l'alcoolique. Et ce qui nous avait marqué, c'est que tu es étudiant en médecine, tu vas en soirée médecine, et tu ressorts ivre mort. Et à chaque soirée tu fais ça. Bah t'es alcoolique. Donc euh, globalement on s'est un peu tous regardé on s'est dit « on a un problème ». Et... ce professeur en fait nous enseigne que c'est pas écrit sur le visage, c'est pas écrit dans le milieu

socio-économique, c'est pas écrit par le sexe et c'est surtout un problème d'usage et de pas pouvoir faire autrement. Je suis dans une situation donnée, je, j'abuse et je sais que j'abuse mais je peux pas faire autrement. Donc voilà pour moi c'est ça la définition de la dépendance quel que soit le produit. Donc ça exclut la dimension, physique, sociale, voilà, tu peux être PDG t'es alcoolique, tu peux être SDF et alcoolique, et tu peux être SDF sans être alcoolique et tu peux être PDG sans être alcoolique, c'est pas un problème.

EC :

Ok.

MG8 :

Donc faut sortir des représentations je pense, sinon tu passes à côté d'un grand grand nombre de personnes dépendantes.

EC :

D'accord. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose, un thème que j'ai pas abordé ?

MG8 :

Non parce que c'est beaucoup moi qui ai parlé donc, c'est plutôt à toi, si tu as d'autres questions.

EC :

Non c'est tout bon !

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je vous remercie d'y avoir participé.

Je vous tiendrai informé des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

9) Médecin généraliste 9

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec ton accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à tes propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer ta pratique mais simplement de recueillir ton ressenti sur certaines situations.

Est-ce que tu peux me raconter ta dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG9 :

Euh... ouais, bah c'est une femme qui a 55 ans, vue de multiples fois à domicile dans un contexte de chutes ou d'appel par le, par le conjoint, lors d'alcoolisations aiguës, de manière répétée, une dame qui a été hospitalisée plusieurs fois dont une fois avec un traumatisme crânien grave, hémorragie intra cérébrale qui est sortie sur décharge au bout de 48h. Voilà l'histoire, alors je sais pas s'il faut plus que je développe ?

EC :

Tu peux oui.

MG9 :

Donc c'est une dame qui a une triste histoire de vie, qui est dans l'alcool depuis une vingtaine d'années... euh, en fait vingt ans, dans l'alcool grave depuis vingt ans, mais ça a été à l'origine de son divorce, où elle a plus vu ses 2 enfants à ce moment-là hein, ils sont restés avec le père, fin c'est des choses, c'est pas elle qui me l'a dit c'est son frère, qui s'occupe d'elle, elle a un conjoint qu'elle a retrouvé alors avec qui elle a une relation très particulière parce que... euh, le type en fait, les deux se disent qu'ils ont sauvé l'autre. Voilà, et puis font les reproches de l'addiction, parce que les deux sont addicts... euh, elle a un frère qui ne cesse de me dire que sa sœur c'est quelqu'un de bien... euh, ce que je crois volontiers, voilà, quelqu'un qui a été comptable, qui a été ensuite... comptable dans l'entreprise, dans la structure que gérât son frère, ensuite elle a acheté un... un bar-tabac, pas un bar-tabac, un tabac-presse, qu'elle a géré pendant quelques années, puis je pense que c'était compliqué et qu'elle a revendu, au moment du divorce. Puis la descente aux enfers. Voilà, avec des mauvaises rencontres... Des mauvaises rencontres... voilà. Moi je l'ai fait hospitaliser une première fois avec un trauma crânien, non ! à l'appel de son frère qui me dit il faut venir voir, elle était alcoolisée, elle a chuté, des... limite comateuse... euh, je l'ai envoyée à... j'ai mis une heure pour l'envoyer... euh, et puis elle est arrivée aux urgences et puis je me suis fait « tanser » par le médecin des urgences qui m'a rappelé en me disant que... que voilà « elle avait pas de critère d'hospitalisation, qu'elle tenait debout, qu'elle était alcoolisée... voilà », donc... euh, elle est revenue, elle est revenue, en taxi, parce que... et puis voilà. Alors ça c'est quand même assez particulier avec cette femme, si elle est pas rejetée, elle se rejette. C'est-à-dire que là quand elle a eu son trauma crânien, elle voulait... euh, quand elle a eu son traumatisme crânien, ils voulaient la garder en neuro, mais elle a pas voulu, elle est repartie. Et sinon elle voulait pas rester, elle est dans un déni total, absolu, elle a pas de problème, elle dit qu'elle boit trop, que... mais pas de problématique alcool... j'ai essayé plusieurs fois de contacter localement, et puis c'est « bah c'est pas psy, mais c'est plutôt addicto, mais addicto elle est trop grave pour l'ambulatorio »... euh, voilà. On a essayé de faire quelque chose de très méthodique une à deux fois par semaine, ça a tenu... puis, euh, puis une nouvelle alcoolisation, j'y vais et là elle a signifié quand même qu'elle voulait plus, ça, ces visites... euh, j'ai insisté un petit peu mais c'était plus possible quoi, et là à nouveau des appels de son frère qui dit « c'est pas possible, je suis prêt à faire n'importe quoi ».

EC :

D'accord, des appels de la famille en fait ? C'est ça, elle elle ne vient jamais...

MG9 :

Oui, oui, non jamais ! Jamais de demande de sa part jamais.

EC :

Et du coup, oui quand tu vas la voir, qu'est-ce que tu fais pour l'aider finalement ?

MG9 :

Alors moi ce que, bah j'essaie de mettre un peu de cadre, alors de cadre justement, de comprendre ce que vient faire l'alcool là au milieu, qu'est-ce que ça lui apporte, voilà, de, de, mais ça c'est quelque chose qui est pratiquement impossible puisque il y a pas de problématique alcool, donc du coup j'ai essayé de centrer autour de sa vie, qu'est-ce qu'elle attend de la vie, qu'est-ce qu'elle projette dans sa vie, j'ai beaucoup insisté sur la relation qu'elle a avec ce compagnon, où... où ils sont « heureusement je suis là pour toi » et vice-versa, voilà... et euh, voilà c'est assez pathétique parce que je pense qu'ils s'aiment les deux-là, qu'ils ont vraiment le sentiment d'aider l'autre, mais d'un autre côté c'est aussi l'autre qui le tient dans l'alcool, et puis alors... avec, ce que j'essaie de faire c'est au moins de faire baisser d'un cran la violence. Il y a une violence terrible quoi, la violence dans les propos, voilà, c'est, lui quand il dit qu'il a essayé de la sortir de ça, elle était maltraitée par un conjoint qui, si j'ai bien compris, la prostituait plus ou moins, donc il raconte toujours des histoires sordides à... à ce sujet-là... et euh, donc voilà, j'essaie quand il fait ça, de reprendre ça, pourquoi il remet ça sur le tapis. Alors c'est souvent pour justifier que lui il fait bien quoi. Voilà... et puis voilà, et en pratique... voilà, mettre du cadre, qu'est-ce que j'essaie d'apporter, mettre du cadre, donner du sens à ce qui se passe et essayer de donner un projet de vie. Et si possible, quand je peux glisser ça... euh, projet de vie sans alcool, ou alors qu'est-ce que vient faire l'alcool là au milieu. Alors je raconte ça comme ça hein, mais en pratique c'est quasiment, c'est, c'est sabordé au bout de 2 secondes...

EC :

Par la patiente ?

MG9 :

Oui voilà voilà. Et par lui quand il est là, parce que les ¾ du temps c'est dans un climat d'alcoolisation ou autre. Et maintenant qu'on en parle, c'est à ce moment-là que ça a décroché, au bout de 3 consultations alors qu'elle est alcoolisée qu'on peut pas discuter, bah c'est vrai que la motivation est moindre.

EC :

Parce que tu vas toujours la voir à domicile ?

MG9 :

Oui. Oh bah oui elle viendra jamais. Elle viendra jamais, et son compagnon qui a une grosse pathologie cardio vasculaire reste régulièrement un mois sans traitement, voilà, c'est...

EC :

Et en général au cabinet comment tu dépistes les addictions ? Comment tu procèdes ?

MG9 :

Ok, alors le dépistage, le dépistage, je vais peut-être faire une réflexion là-dessus, c'est un questionnement que j'ai eu. Moi, on dit, euh, l'alcool pendant la grossesse ça représente X pourcentage, non négligeable. J'avais regardé pendant quelques années, je suivais une dizaine de grossesses par an, c'était il y a quelques années, une dizaine de grossesses par an, et j'ai eu une personne... alors que je faisais de manière systématique, j'interrogeais... une personne qui m'a dit, ou évoqué, qu'elle était en problématique avec l'alcool, alors que je posais de manière explicite la question. Donc, euh, je fais, euh, le je sais plus comment ça s'appelle-là, leur poser systématiquement la question quand on prend les antécédents, la première fois, alcool combien. Ça de manière systématique la première fois. Voilà, mon sentiment, c'est que c'est quand même pas très productif comme méthode. Y'a ça, y'a le, c'est plutôt à l'occasion de... je fais ça, allez on va dire que je fais ça de manière systématique, mais j'ai l'impression que c'est un peu plus productif quand c'est quelqu'un qui fait plusieurs accidents, qui a plusieurs accidents. Qui a... euh, qui s'énerve beaucoup, et la famille « oh bah il était encore énervé, machin », « il dort mal », là je dis « et puis l'alcool ? » mais toujours en question ouverte. Jamais en question fermée. Voilà, allez, c'est peut-être ça que je voulais dire : j'aborde ça en questions ouvertes, parce que la question fermée, la réponse l'est aussi, donc voilà ça sert à rien, je pense, et puis surtout y'a des ouvertures on n'est pas très productif derrière. « Oui je bois 5 verres », d'accord, « c'est peut-être un peu trop non ? », pff, voilà. Ça avance pas beaucoup, voilà. Et puis, oui voilà, sur les différends, souvent par un biais, l'accident je dirais, les troubles psycho-comportementaux, surtout familiaux, les gens qui sont angoissés, et puis le poids aussi. Oui « vous buvez combien ? » quand on fait la petite enquête diététique vite faite bien fait quoi, « 5 verres ? ah c'est beaucoup, et puis ça pose des problèmes... » voilà. Ça je trouve que c'est, là pour le coup c'est assez intéressant parce que c'est souvent chez des gens qu'on le profil « buveur excessif » et qui d'un seul coup s'aperçoivent qu'ils réduisent un peu et puis qu'il perdent 4-5kg alors qu'ils ont pas réussi à les perdre depuis 20 ans et bim. Voilà... euh, voilà grosso modo, le dépistage, comment on aborde ça, liens systématiques et puis par le biais de... des troubles qu'ils engendrent quoi, et puis bien sûr la bio, voilà ça c'est plus classique. La bio... mais c'est pareil, si si peut-être qu'on voit les stéatoses quoi, ça c'est facile, c'est facile à aborder quoi, les troubles hépatiques.

EC :

Et finalement, j'ai l'impression que... les premières choses qui te viennent en tête, en tout cas les premières personnes c'est les femmes ! Tu m'as parlé d'une femme, de la grossesse...

MG9 :

Oui mais euh, alors parce que la problématique est pas pareille. Sûrement qu'elles sont, (rires), j'allais dire, sans doute plus touchantes et plus accessibles, me semble-t-il.

EC :

Plus accessibles ?

MG9 :

Plus accessibles, bah c'est... alors, j'ai plus l'impression que les femmes c'est quand même beaucoup, beaucoup plus souvent un alcool médicament. Et donc du coup ça on sait faire. Traiter, parce que on a un penchant, un palliatif, « allez je vais reprendre ça, vous allez arrêter l'alcool mais on a quelque chose pour pallier votre problématique », les hommes c'est beaucoup plus insidieux, beaucoup souvent des... des « buveurs excessifs », alors pourquoi je pense à ça, parce que là c'était la dernière et puis l'avant dernier c'est un monsieur que je suis depuis au moins 10 ans pour une problématique alcool, avec des... donc cet homme, suivi depuis longtemps, avec un mal-être, des troubles psycho-comportementaux, pour lequel y'a eu tout un tas de choses mises en place, suivi psycho, hospit en addicto, parce qu'il avait perdu son travail, voilà sur une grande immaturité, une grande immaturité, et voilà on se cassait les dents depuis 10 ans quoi, avec un traitement médicamenteux de ouf là, il était scotché par ce traitement, un suivi psycho où la psycho déprimait... et euh, là ce monsieur clash il y a quelques temps avec sa femme qui est partie, et il boit plus depuis, il boit plus depuis. Voilà... euh, alors que sa femme c'est ce qu'elle lui reprochait avec « voyez comme ma fille souffre de ». Donc voilà, des hommes bien sûr y'en a beaucoup, mais encore une fois plutôt des buveurs excessifs et, et voilà, moi je me suis un peu calé sur les recos qu'il y avait eu, fin pas les recos mais les conseils qui donnaient du conseil simple là...

EC :

L'intervention brève ?

MG9 :

Oui voilà. Et ça ça matche pas beaucoup, ça matche pas beaucoup, alors ça matche de temps en temps, mais pas beaucoup, et du coup, ce qui pose problème, c'est quand même les gens qui sont hospitalisés, qui reviennent et puis pour lesquels on est obligé d'intervenir. Et bah... quoi que si je dis ça mais c'est pas vrai, il y a un certain nombre d'hommes pour qui ça a matché, quoi, qui se sont arrêtés, hein, bien sûr. Et c'est plus fréquent évidemment.

EC :

Chez l'homme ?

MG9 :

Oui.

EC :

Et qu'est-ce que tu appelles « buveur excessif » par rapport aux femmes ?

MG9 :

Et ben, en fait ils sont jamais souls. Ils sont jamais souls, ils sont jamais ivres morts, mais... euh, ils font le cirque à la maison, le soir ils sont pas contents, ils ont cassé la voiture tout le monde sait bien qu'ils étaient ivres... voilà. Enfin qu'ils étaient ivres... ils étaient pas ivres, ils avaient trop bu. C'est ça le truc, et en gros on arrive jamais à les prendre, entre guillemets, la main dans le sac. Donc... euh, « non non mais là vraiment j'étais super fatigué », voilà, « ben non, t'avais trop bu », voilà. C'est ça,

c'est, les alcoolisations ou pas quoi, les gens qui boivent, ouais, 7-8 verres par jour. Mais qui finissent, devant la télé ou je sais pas quoi et puis voilà on sait jamais. C'est ça.

EC :

Et je reviens sur les femmes, mais tu disais que tu percevais des choses différentes, est-ce qu'il y a d'autres particularités dans leur prise en charge, ou je sais pas dans leur façon d'aborder les choses, dans ta façon à toi de le faire ?

MG9 :

Oui parce que... (rires), je pense alors je sais pas si c'est une représentation que j'ai mais... euh, quand même l'alcool c'est souvent le biberon quoi, y'a beaucoup de mecs qui prennent ça comme... c'est leur rapport à la réalité, c'est leur mère quoi... euh, voilà, et souvent on cherche la mère derrière, qu'est-ce qui fait qu'ils ont pas été rassurés et qu'ils ont besoin de... d'ingurgiter tout ça ou de... voilà. Les femmes... souvent c'est plus (silence), c'est plus caché déjà, c'est plus caché et c'est plus (silence)... euh, je sais pas, c'est vital quoi, c'est, c'est...

EC :

Est-ce que c'est de la survie ?

MG9 :

Ouais c'est ça. C'est, voilà. Et... elles en ont besoin pour vivre, mais elles peuvent pas faire autrement souvent, elles savent, mais c'est pour ça que c'est souvent plus abordable, avec les femmes, parce que... après, une fois que c'est cassé, une fois qu'on arrive à en parler avec les hommes... les hommes ils se clivent, ils se clivent souvent, ils en parlent jamais vraiment de l'alcool, ils sont... voilà ils rentrent dans les associations, ils vont expliquer à tout le monde comme il faut faire pour arrêter l'alcool mais en fait leur problématique... ?? Alors que souvent les femmes quand elles arrêtent et qu'elles en parlent, pouah !, elles sortent le paquet, c'est comme ça qu'elles peuvent y arriver, et moins de dire, voilà, « je vais arrêter ». Voilà moi peut-être que je sens plus une urgence. Les hommes, souvent, souvent, c'est plus une... bah voilà, comme quand on va leur dire de manger moins... souvent, pas toujours... euh, bah mangez moins ou faites attention à votre cholestérol... alors y'en a qui font des grosses conneries, qui sont au 5^{ème} accident de voiture et ainsi de suite. Les femmes... voilà, y'a... j'ai plusieurs exemples en tête de personnes qui se prennent des murges pas possibles et qui le lendemain matin vont au boulot, niquels, pimpants, pomponnés et tout voilà.

EC :

Donc chez les femmes ça ?

MG9 :

Chez les femmes ! Et là c'est là on a bien besoin de leur dire... « essayez de trouver autre chose que l'alcool ». Les hommes c'est souvent beaucoup plus... y'en a aussi, mais moins souvent.

EC :

Est-ce que chez les femmes il y a d'autres... quand tu découvres on va dire la consommation chez une femme, est-ce que qu'il y a des alertes qui te viennent, des recherches particulières, des dangers, plus que chez l'homme, autres que chez les hommes ?

MG9 :

Autres ? Ben quand même souvent y'a des... (rires), j'allais dire, y'a tout l'impact que ça a... familial et autre, parce que quand y'a des petits... moi c'est pour ça que j'avais été très sensibilisé sur... euh, le dépistage chez les femmes durant la grossesse, pour tout ce que ça implique ! pfiou, et puis qu'on sait pas quoi. Je veux dire, euh, souvent, on dit du fait de la région « oh bah ils doivent tous picoler » (Bourgogne), en gros, donc je pense que les pourcentages sont au moins égaux à ceux de... de, qu'on, lit dans les bouquins. Et j'en ai pas ! Où est le problème quoi ? Où est le problème ? Et donc, voilà c'est pour ça que je suis particulièrement attentif, et justement, on se rend bien compte que c'est très compliqué, quoi, que c'est très compliqué, parce que... les points d'alerte... voilà souvent les gens que je trouve un peu bizarres, tiens c'est pas comme d'habitude, qui appellent un soir, « tiens c'est bizarre, il avait une drôle de voix », tu vois, c'est des gens que je relance là-dessus. Et puis par rapport au risque tu dis ? bah voilà, on peut pas s'empêcher si y'a des petits, si y'a des... hein de se dire... différent chez les femmes ? je sais pas, si y'a quand même le modèle, ceci dit le modèle par rapport aux enfants souvent c'est caché y compris en intra familial, ceci dit quand même, enfin non, faut pas dire ça, les dégâts... les dégâts familiaux ce sont les mêmes je pense.

EC :

Homme ou femme les dégâts sont les mêmes ?

MG9 :

Bah je pense. Parce que non tu vois spontanément comme ça j'allais dire que c'était plus important quand ce sont des femmes mais non c'est pas vrai. C'est pas vrai.... Parce que soit le conjoint est capable de mettre... non tu vois je pense que... et puis moi encore une fois ça me pose question. Et... peut-être que je dirais qu'il y a plus de souffrance, derrière l'alcool au féminin. Ouais, je pense. Plus de souffrance même si... c'est en amont si tu veux, en aval je pense que les conséquences sont... ce sont pas les mêmes mais elles sont tout aussi graves. Euh... en revanche, en amont souvent... voilà. Les hommes on a plus l'impression que c'est... qu'ils sont tombés dedans.

EC :

Un accident ?

MG9 :

Oui ou des gens qui... je vais parler comme ça mais, qui ont pas pu se sevrer. Alors que les femmes, il y a souvent du lourd derrière, (l'homme) ou par habitude ou par... fait la fête et puis il a oublié que la fête c'était pas tous les jours et puis on est parti... et puis l'alcool, bah voilà, on passe au caveau, on picole comme ça quoi. Les femmes c'est rare, très très rare, enfin j'en ai pas beaucoup moi en tout cas, des femmes qui ont l'alcool comme ça... festif (...).

EC :

Et dans toutes ces situations, quand tu les prends en charge, comment tu te sens ? Que ce soit au début au milieu ou à la fin, comment tu vis ces prises en charge ?

MG9 :

Alors à 98% c'est l'impuissance. Alors ça moi j'ai essayé de m'en sortir de ça, et je suis convaincu à 100% que... euh, enfin, voilà, sans euphorie mais quand j'y vais j'y vais à fond quoi. Parce que on connaît quand même souvent la sortie, c'est souvent dramatique, donc j'y vais à fond... et puis c'est l'impuissance, et l'impuissance, j'allais dire, partagée souvent. Alors y'a l'impuissance partagée qui soulage, je disais tout à l'heure, la psycho qui était dépressive, bien sûr c'était en souriant, sauf que c'est ce qu'elle renvoyait. Quand on en discute elle dit « mais j'y arrive pas avec ce monsieur, mais enfin, je continue de le voir mais... » voilà elle est dans la même problématique que nous. Elle a le droit de se dire « mais à quoi ça sert ce que je fais ? » bon. Et l'impuissance par rapport au type de prise en charge « allo, oui ben... » alors le ping-pong psy-addicto-machin...c'est pfiou voilà quoi. Non mais il est plutôt psy, non mais il est plutôt...

EC :

Psychiatre c'est ça ?

MG9 :

Oui psychiatre. Parce que voilà, alors ça pour le coup, y'a deux trois trucs que j'ai réussi à régler dans mon exercice mais ça j'ai jamais réussi. Qu'on m'explique...euh, mettons j'ai réussi à comprendre même si c'est très artificiel, la différence entre des troubles psychiatriques, et les troubles psycho-comportementaux. Je sais pas si ça a une grande utilité en pratique, sauf que y'en a un qui veut pas donner de médicaments et dans les autres ils en donnent. Par contre, l'œuf ou la poule, c'est le trouble psychiatrique qui fait qu'ils boivent ou ils boivent parce que ils ont des troubles psychiatriques... et ben, on va tourner un moment quoi. Je ne comprends pas comment on peut séparer ça. Et en tout cas nous avec les ressources locales... et ben c'est le ping-pong infernal.

EC :

Y'en a peu tu veux dire ici ?

MG9 :

Les ressources on les envoie en addicto, il faut l'avis psy, on les envoie en psy, c'est l'addicto.

EC :

Ah oui d'accord.

MG9 :

Bilan des courses ils terminent chez nous (rires) en gros. Sauf que si y'a bien besoin de spécialistes et de prises en charge pluridisciplinaires, de trucs structurés quoi... c'est bien ça le problème. Et... je me rappelle plus de la question initiale...

EC :

Moi non plus (rires), non c'était qu'est-ce que tu ressens, comment tu vis les prises en charge ?

MG9 :

Oui voilà ! et donc le fait d'être souvent assez impuissant, et souvent d'être seul. Ça quand même quoi... et puis la difficulté aussi du jugement, c'est-à-dire que, c'est sûrement le domaine où le plus souvent, je me dis « j'ai pas envie qu'elle soit regardée l'ordonnance », parce que on sait pas à qui on va s'adresser, donc y'a un mister, le truc qu'ils donnent à haute dose, Lioresal...

EC :

La Baclofène ?

MG9 :

Alors y'a un monsieur Baclofène, qui va tout à fait être d'accord avec le Baclofène, l'autre qui va être pas du tout d'accord, et voilà... un qui dit « on met des neuroleptiques si jamais »... l'autre surtout pas de neuroleptique... monsieur benzo, anti-benzo... et voilà, c'est une prise en charge où j'ai peur, enfin j'ai pas peur parce que quelque part je m'en fous un peu, mais c'est jamais agréable que de se dire qu'on n'est pas dans un continuum. En plus avec des patients hyper fragiles qui sont souvent dans les affects, voilà si ils tombent sur le spé qui dit... ou qui sent le médecin qui dit « ohlala, l'autre, qu'est-ce qu'il a fait encore... » et ben c'est mort quoi. Et on met 6 mois pour demander une consult, et en 15 secondes c'est plié. Et ça je trouve que dans ce type de pathologie c'est quand même un vrai problème, plus qu'ailleurs.

EC :

Oui la désunion entre les médecins ?

MG9 :

Oui, et puis les prises en charge ! le type de prise en charge, mais je pense que c'est corrélé au fait que... y'a pas d'unicité dans la réflexion. Les psychiatres font pas comme... enfin on le voit bien ! si c'est le psy qui prend en charge ou l'addicto c'est pas du tout la même chose. Ou si c'est le gastro alors là c'est encore bien autre chose. Donc voilà, ça c'est... quelque chose de singulier quand même. Voilà, après... savoir comment on aborde ça sur le versant spécialisé. Parce que souvent y'a quand même pas beaucoup de fric, les psycho, comment est-ce qu'on a un accès direct, ou pas, est-ce qu'il faut passer par les psychiatres... voilà, moi c'est pas un type de prise en charge où j'ai mes filières, où je suis serein quoi. Alors on demande parce que on a l'impression que c'est psy, on met je sais pas combien de temps à négocier avec la personne et on demande l'avis au CMP... oui bah, il raconte sa vie 3 fois à l'infirmière. Bon bah d'accord, je peux partir aussi, tu vois ce que je veux dire. C'est pas souple quoi. En plus localement on a un système hospitalier qui est pas forcément d'accord avec le système ambulatoire... donc là ça rajoute encore un peu de piment à l'affaire. C'est pas très uniciste.

EC :

Une petite dernière ? je sors de l'addiction, je retourne vers les femmes, il me semble que tu as une patientèle féminine importante, quand tu reçois les femmes en consultation, est-ce que ou comment

est-ce que tu gères la consultation ? est-ce que y'a des motifs qui vont te venir en particulier, est-ce qu'il y a un mode d'échange de communication que tu vas privilégier, voilà, quelles sont les différences pour toi s'il y en a, quand tu reçois un femme ?

MG9 :

Alors à quel niveau ? pour le dépistage, pour la prise en charge, pour... ?

EC :

Hors addiction donc tout le reste. Peu importe.

MG9 :

A part addiction ?

EC :

Oui, je sors des addictions et je viens voilà, vers la médecine générale...

MG9 :

Oui et alors, qu'est-ce qui peut...

EC :

Comment la consultation peut être différente ? Si elle l'est !

MG9 :

Oh bah elle l'est ! forcément, ne pas le reconnaître ce serait, voilà, c'est évident que c'est différent. Et bah, comment dire les choses ? alors... y'a le côté, qu'est-ce qui a de différent ? la sexualité, le... la maternité, et c'est pour ça que moi j'aime bien, dans le suivi, j'aime bien faire l'obstétrique la gynéco, je me suis longtemps demandé pourquoi. Parce que c'est très particulier quand même. Et je me suis rendu compte de manière très très claire qu'en fait c'était pas la maternité ou la gynéco qui m'intéressaient, ce qui m'intéresse c'est ce moment de vulnérabilité. Et... durant lesquels on peut aborder des sujets qui sont complètement différents. Et... avec une approche différente. Du coup, parce que, et alors là y'a un lien qui est évident, je disais, les hommes souvent c'est... c'est toujours le moment quoi, en gros... très souvent, très souvent la problématique alcool c'est avec des problèmes de sexualité ou autre, je trouve, voilà les histoires d'incestes, vrais ou faux, symboliques ou pas, mais souvent y'a des problèmes, des frères, enfin des frères, familiaux, de... et du coup, effectivement, moi souvent ben les femmes c'est quand même beaucoup plus la famille, et je trouve que on peut, y'a eu tous les trucs sur la théorie des genres et ainsi de suite... moi je trouve qu'il y a pas de débat quoi. Se dire qu'une mère c'est comme un père... je sais pas si ça peut avoir un sens. Le rapport aux enfants n'est pas le même, ça n'a pas de sens. Et évidemment dans la consultation c'est pas la même chose... ce qu'il y a de différent c'est que l'abord, des choses, de la vie, c'est pas le même, d'une manière générale.

EC :

Merci beaucoup ! est-ce que tu veux rajouter quelque chose qui te semble important, qu'on n'a pas évoqué ?

MG9 :

Non non voilà, c'est un sujet qui est hyper... l'addiction moi j'étais content que tu aies un sujet comme ça parce que c'est un sujet qui est hyper important, très difficile, et pour lequel on se sent souvent seul.

EC :

Merci !

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je te remercie d'y avoir participé.

Je te tiendrai informé des résultats de cette étude si tu le souhaites.

10) Médecin généraliste 10

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec ton accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à tes propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer ta pratique mais simplement de recueillir ton ressenti sur certaines situations.

Est-ce que tu peux me raconter ta dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG10 :

Et bah alors justement, c'était y'a 3 jours avec une femme qui avait entre 35 et 40 ans, donc c'est la première fois que je la voyais en consult, et en fait elle venait sans consultation, avec un autre de ses amis qui était aussi sous Subutex pour le moment, parce qu'elle était en manque. Donc je l'ai reçue parce qu'elle avait des symptômes de manque, et son médecin généraliste habituel lui avait diminué du jour au lendemain son Subutex qu'elle avait... elle avait 8mg par jour, et il lui avait passé à du 2mg par jour. Donc... euh, elle était en manque et puis elle est arrivée dans un état assez compliqué, donc je lui ai prescrit son Subutex et je lui ai dit qu'on se revoyait la semaine suivante, donc c'était la semaine dernière en fait, je l'ai vue y'a 15 jours et je l'ai revue la semaine dernière, et en fait en creusant un petit peu, il s'avère qu'elle est donc à la fois sous Subutex, elle consomme plus d'héroïne, par contre elle est alcoolique depuis plusieurs années, et... euh, sous benzodiazépines également, elle est dépendante aux anxiolytiques, et... euh, voilà donc pour moi c'était la première fois que j'étais vraiment confrontée à une femme dans une telle détresse. J'avais plutôt eu des

hommes sous traitement substitutif, et là c'était la première fois au cabinet que je donnais un traitement substitutif à une femme.

EC :

Si t'as des choses à rajouter vas-y.

MG10 :

Et bah ce qui m'a marquée c'est que... déjà j'avais, j'ai pas compris au début la prescription initiale qui était de baisser aussi vite, bon après j'ai pas toute l'histoire, et puis elle m'a très très vite embrayée, comme si elle voulait se justifier en fait de consommer et en tout cas d'être tombée dans l'alcoolisme, parce qu'elle reconnaissait qu'elle était alcoolique, elle me disait qu'en fait à la base le souci c'est qu'on lui avait placé ses enfants, donc ses 3 enfants, elle m'a raconté exactement la scène, comment ça s'est passé quand on lui a retiré ses enfants, etc. et elle m'explique que depuis ce moment-là elle n'arrive pas à se sevrer, elle a fait plusieurs cures, mais à chaque fois elle retombe, et... euh, et voilà la vraie problématique de fond c'est ses problématiques familiales, qui ont fait d'elle une mauvaise mère et du coup elle s'est, elle est tombée là-dedans quoi.

EC :

Et donc finalement tu lui as represcrit son traitement initial, est-ce que t'as eu d'autres outils à ce moment-là, est-ce que t'as utilisé autre chose dans ta communication... ?

MG10 :

Et bah en fait elle m'a dit qu'elle était suivie au CSAPA de ???, mais qu'elle avait un moment décroché parce qu'elle était retombée assez bas, donc elle avait reconsommé des substances illicites et tout, donc elle avait pas osé y retourner et du coup elle s'était juste recentrée sur son médecin généraliste qui lui prescrivait son Subutex, mais elle me disait qu'elle avait eu un vrai suivi psychologique hyper intéressant au CSAPA, et qu'elle avait des très bons liens avec les soignants, et qu'en fait elle avait honte d'y retourner. Moi j'ai vraiment insisté sur le fait qu'en addicto, justement les personnels soignants en addicto ils sont tout sauf jugeant, sinon ils font pas leur boulot, fin, c'est l'objectif quoi, et que du coup vu que c'était une polyaddiction, pour moi c'était intéressant qu'elle soit quand même resuivie là-bas, surtout qu'il y a un suivi psy gratos, fin tout un suivi qui est intéressant, et que moi je pouvais tout à fait l'aider, que la porte était ouverte, si jamais c'était trop dur pour elle dans un premier temps d'y retourner, mais que pour moi l'objectif c'était qu'elle y retourne. Je lui ai dit ça.

EC :

Et qu'est-ce qui a pu te bloquer dans cette consultation, est-ce qu'il y a des choses qui t'ont paru difficiles ?

MG10 :

J'ai eu du mal à la canaliser au début, parce qu'elle voulait tellement se justifier d'être dans cette situation que ça a pris 15 minutes, je l'ai vraiment écoutée parler pendant 15 minutes. Et en plus elle est arrivée dans un état... euh, elle fume aussi, donc elle sentait la clope, elle était sale, elle avait un

masque qui je pense n'avait pas été changé depuis 15 jours, dans la salle d'attente les gens s'éloignaient d'elle parce qu'on sentait qu'elle était dans la précarité. Du coup... je pense même qu'elle a pas de logement à elle cette dame, elle venait de se faire voler son téléphone donc pas de coordonnées non plus, donc vraiment une situation précaire complexe et moi j'avais du mal à prendre le problème par un sens en fait. Et du coup c'est là que je me suis dit, le CSAPA ça va être l'objectif parce que moi toute seule je vais pas y arriver. Faut que je sois aidée quoi. Donc c'était pas juste une prescription de Subutex chez une dame insérée et tout, c'était beaucoup plus complexe quoi.

EC :

Et tu t'es sentie comment face à elle ?

MG10 :

Et bah elle était vachement reconnaissante, déjà juste que je l'écoute, et de... et que je lui represcrive la bonne dose de Subutex qui lui allait, et... euh, et puis que je le lui dise que... comment dire, que c'était important quand même qu'elle soit suivie au CSAPA parce que à la fin elle m'a dit « oui oui je vais y retourner, faut que je le fasse, c'est l'objectif », alors après est-ce qu'elle va le faire, je sais pas, c'est toujours... on sait pas. Mais au moins la porte est ouverte quoi.

EC :

Après tu l'as vue 2 fois déjà.

MG10 :

Oui je l'ai vue 2 fois.

EC :

Et tu l'as reconvoquée encore ou pas ?

MG10 :

Je lui ai demandé de prendre rendez-vous si elle avait pas pu voir le CSAPA entre temps. Mais je lui ai dit que nous on assurerait son suivi en médecine générale à côté... donc voilà.

EC :

Et à ton avis qu'est-ce qu'elle peut attendre de toi ?

MG10 :

Et ben... je pense que... juste en fait je pense qu'elle avait vraiment besoin de parler, déjà, dans un premier temps, et puis... après elle m'a beaucoup parlé aussi d'un traitement pour le moral, parce que le fameux compagnon avec qui elle était venue au début, lui on l'avait mis sous antidépresseur un moment donné, elle m'a dit que clairement elle était dépressive, qu'elle avait des idées noires et qu'elle voulait une pilule pour que ça aille mieux. Je pense qu'elle est très centrée, comme le Subutex, sur le médicament miracle qui va faire que ça va mieux et que ça va tout guérir et tout ça. Et... euh, moi je lui ai dit que non, que c'était pas l'objectif pour le moment, que moi il fallait que je la

cerne le mieux et donc j'ai remis le cadre, quand même. Parce qu'elle voulait tirer un peu... il y a autre chose aussi, j'ai appelé la pharmacie dans laquelle elle prend son Subutex, qui m'avait dit « méfiez-vous, c'est une voleuse, chez nous quand elle vient elle essaie toujours de chourer des trucs dans les rayons crème et tout ça » et du coup je pense que, fin ils avaient un relationnel compliqué avec cette femme et du coup moi je lui ai fractionné la délivrance tous les 7 jours, parce que en plus c'est le profil à se faire chourer ses affaires, son ordonnance et tout ça, et du coup elle m'a remerciée de faire ça la dernière fois. Elle m'a dit « ah c'est une très bonne chose, je me cadre plus c'est très bien, il faut que vous continuiez à faire comme ça », fin, je pense qu'elle a bien aimé le fait que justement, ça soit assez cadrant quoi. Voilà.

EC :

Et tu disais au début que t'avais plutôt suivi des hommes, c'est ça, qui étaient sous traitement substitutif, quelles différences tu peux voir entre ces hommes et cette femme ?

MG10 :

Euh... justement elle me parlait beaucoup plus de sa détresse que les hommes, qui étaient, en tout cas les hommes que j'ai suivi étaient beaucoup plus renfermés, ils se livraient moins, en tout cas il fallait plus de séances pour qu'ils se livrent, là très rapidement, elle est très vite partie dans l'émotionnel, dans ce qui la touchait et tout ça, et... euh, et puis forcément il y a aussi une identification qui est plus forte parce que, en étant une femme, on peut aussi s'identifier au fait que quand on a des enfants et qu'on les perd c'est compliqué, donc... euh, y'a un transfert qui se fait. Premiers trucs qui me viennent... mais c'est vrai que, et après c'est sûr que l'image de la femme héroïnomane, elle est moins... elle est plus dure à se mettre en tête, autant on voit beaucoup... euh, fin même dans les films etc. c'est plus les hommes, c'est vrai qu'une femme on a plus de mal à s'imaginer qu'elle s'est injectée et d'ailleurs, elle m'a dit que c'était son compagnon qui l'avait initiée, son premier compagnon, qui l'avait mise là-dedans.

EC :

D'accord, en tout cas problématique au niveau de enfants, au niveau social pour elle, la précarité, ok. Est-ce que, je sais pas, il y a d'autres alarmes, d'autres alertes qui te viennent en tête quand tu penses à une femme dépendante ?

MG10 :

Euh... bah clairement elle a été, la première fois qu'elle est venue elle venait de se faire chourer, voler son sac à main avec tous ses papiers, son sac, son téléphone, etc... euh, étant donné qu'elle est alcoolique, elle se retrouve dans des états d'ébriété dans la rue, où, la dernière fois qu'elle est venue elle avait des bleus partout je pense qu'elle se fait frapper, j'ai pas pu creuser là-dedans mais je pense qu'il y a des violences quand même régulières sur elle, et... et du coup, je, ça pose aussi la question de est-ce qu'il y a des agressions sexuelles, violences physiques c'est sûr mais est-ce que ça va plus loin... c'est euh, ça c'est compliqué à savoir. Et puis, par exemple, elle m'expliquait que le monsieur avec qui elle est venue la première fois, donc que je suis régulièrement, ça fait des années qu'ils se connaissent et quand elle était enceinte de son deuxième enfant, déjà elle commençait à sombrer dans l'alcoolisme, et quand elle a su qu'elle était enceinte, elle est arrivée chez lui et il lui a dit « tiens, je te donne de l'argent pour aller acheter deux bières, on va fêter ça », et donc ça veut

dire qu'elle est déjà entourée par un cercle qui, (rires), qui la tire vers le bas, et elle a énormément de mal à en sortir. Bon ça c'est peut-être pas propre à la femme mais en tout cas, là c'est ce qu'elle me décrivait elle.

EC :

Sinon en général dans les addictions que ce soit les hommes ou les femmes, est-ce que tu as l'impression de rencontrer les mêmes difficultés ou est-ce que là vraiment... ?

MG10 :

Et ben... mmh, y'a des difficultés qui sont communes, notamment le fait qu'ils ont un... euh, je pense qu'il y a une très grosse peur derrière qu'on leur prescrive pas ce dont ils ont besoin, pour se sentir bien, donc ils se sentent aussi dépendants de nous, et donc y'a une relation qui est pas tout à fait saine au début parce qu'ils vont peut-être pas tout nous dire, en ayant peur qu'on leur prescrive pas des choses. Par exemple, je sais que j'ai quelques patients qui ne me disent pas qu'ils boivent parce que ils ont peur que je leur prescrive pas de benzo parce qu'ils savent que les deux ne vont pas ensemble par exemple, fin des choses comme ça. C'est vraiment une négociation qui est permanente, il faut pouvoir je trouve, les rassurer dans le sens où on va tout faire pour que ça aille bien pour eux et on va leur prescrire ce qu'il faut pour eux, mais en... tout en mettant un cadre et je trouve que c'est ça la difficulté, parce que sinon ils peuvent très vite essayer de soutirer les choses, fin nos prescriptions quoi, qui seront non adaptées. Donc ça je trouve que c'est une difficulté commune. Après, euh... non plus spécifiques aux femmes, non j'ai pas d'idée là en tête là tout de suite.

EC :

Donc en tout cas t'as l'impression d'utiliser les mêmes outils pour les deux, les mêmes propositions thérapeutiques ou... ?

MG10 :

Oui.

EC :

Tu parlais du CSAPA tout à l'heure, est-ce que tu as autre chose en tête, peut-être le pharmacien dont tu parlais ?

MG10 :

Le pharmacien ? ah oui, oui. Oui ça je le fais tout le temps d'appeler la pharmacie pour savoir comment ça se passe la délivrance, s'il vient souvent demander en avance les choses, si y'a une consommation, parce que enfin, ils les voient tous les mois donc ils ont aussi une idée, et... euh, après, euh, je regarde aussi sur la carte vitale la consommation, sur le site d'AMELI, et le CSAPA, ça m'est arrivé d'appeler un CSAPA pour un relai, pour savoir comment ça c'était passé là-bas, et... euh, pour avoir quelques idées en tête quoi.

EC :

Et au niveau du dépistage, comment tu gères les choses ?

MG10 :

Et ben c'est plus compliqué, parce que vu qu'ils reviennent tous les mois, en tout cas pour le Subutex, et ben, c'est... moi j'ai du mal à avoir quelque chose qui est assez systématique, par rapport aux consultations classiques, et je sais que je suis moins performante là-dedans, que je peux oublier des choses, par exemple le monsieur que je suis depuis un an pour son Subutex, ça m'a même pas fait tilt une fois de lui proposer l'hémocult, alors qu'il a plus de 50 ans. Je me concentre vraiment sur ses renouvellements de Seresta, pour essayer de diminuer, je me focalise là-dessus, et le reste j'ai beaucoup plus de mal à... à le faire. J'examine très rarement, c'est plus compliqué. Après je pense que pour la femme que j'ai vue, vu que j'aime bien la gynéco à côté, là pour le coup je me suis dit que je ferai une consultation que de ça, pour voir où elle en était etc., parce que je pense que j'ai aussi une appétence pour ça qui fait que j'aime ça et que je vais moins l'oublier. Mais...

EC :

Ok, et je vais... euh, sortir un peu de l'addicto, de la dépendance, quand tu reçois une femme au cabinet, hors dépendance, est-ce que tu, est-ce que tu vas penser à un motif de consultation particulier, est-ce que tu vas l'aborder de manière particulière, est-ce que tu as l'impression de gérer la consultation différemment d'avec un homme ?

MG10 :

Euh, pour le coup, y'a forcément un moment où je vais m'intéresser à son suivi gynéco, ça c'est sûr, et... je leur demande en systématique si ils fument du tabac ou du cannabis, l'alcool j'y pense pas, en fait de demander où elles en sont à ce niveau-là... je sais pas si c'était ta question initiale ?

EC :

Oui c'est tu reçois une femme au cabinet, comment tu gères ?

MG10 :

Bah en fait après je me focalise sur elle, son besoin quand même, et en terme de dépistage c'est surtout gynéco quoi, c'est plus spécifique, forcément c'est gynéco.

EC :

Et donc tu, sur le plan des échanges pour toi ça va être pareil pour un homme et pour une femme ou est-ce que tu sens une différence ?

MG10 :

Non c'est plus facile je trouve d'aborder les problèmes psychologiques avec les femmes parce que je trouve, que, alors est-ce que c'est le fait que moi je suis une médecin femme je sais pas, mais je trouve qu'elles se livrent plus facilement là-dessus et elles vont craquer plus facilement entre guillemets, elles vont pleurer plus facilement ou livrer leurs angoisses. Plus facilement que les

hommes, ou... euh, ou chez lesquels moi-même j'ai plus de mal à proposer un suivi psychologique par exemple, qu'à une femme. Parce que je les sens moins réceptif aussi peut-être en face.

EC :

Mais du coup, tu parles des problèmes psychologiques chez les femmes, y'a... euh, c'est des questions systématiques chez les deux, ou c'est juste ton ressenti au moment de la consultation qui fait que tu vas creuser chez la femme et pas chez l'homme ?

MG10 :

Je pense que je vais essayer de creuser dans les deux sens, mais je vais être peut-être moins incisive chez les hommes, tu vois, parce que le retour va peut-être être moins fort aussi, donc si ils ont pas envie de se lancer là-dedans non plus je vais pas titiller quoi.

EC :

Ça marche, merci ! est-ce que tu as quelque chose à rajouter ? quel que soit le thème ?

MG10 :

Moi je trouve que, ce qui est important c'est réussir à être systématique dans nos questions, et puis justement aborder tous les produits même très rapidement, est-ce qu'il y a du tabac, du cannabis, ou l'alcool, est-ce qu'il y a autre chose, un peu de manière systématique parce que on le fait vraiment pas assez, dans les deux sexes... euh, mais vraiment garder ce côté non jugeant, qui fait qu'ils vont plus se livrer, voilà. Petite moralité (rires).

EC :

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je te remercie d'y avoir participé.

Je te tiendrai informé des résultats de cette étude si tu le souhaites.

11) Médecin généraliste 11

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec ton accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à tes propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer ta pratique mais simplement de recueillir ton ressenti sur certaines situations.

Est-ce que tu peux me raconter ta dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG11 :

Ouais...bien sûr, et bien, c'est probablement une des... relations les plus complexes que j'ai, avec une patiente que je suis actuellement d'ailleurs. C'est une femme, dépendante, à l'alcool, et qui est dans un déni complet. Donc voilà, c'est une femme que je vois... un peu... malgré elle on va dire. Fin j'ai eu affaire à elle deux fois, à chaque fois dans l'urgence parce que on la suivait pas au cabinet initialement, et lors de jours de garde j'ai été appelée de toute urgence par son compagnon, parce que cette dame était au sol et elle se réveillait plus et voilà. Donc de toute urgence, c'était un peu la panique, t'imagines bien, moi une de mes premières gardes, pas savoir ce qui va se passer, ce que je vais devoir faire etc., enfin c'était un peu la panique. Et puis je me rends sur place et finalement, cette dame... euh, était consciente, mais était ivre, mais vraiment ivre, manifestement elle était tombée plusieurs fois, manifestement elle a eu au moins un trauma crânien, peut-être même plusieurs, et puis... elle avait une otorragie. Donc évidemment, là y'avait pas de question, je savais au niveau de la prise en charge ce qu'il fallait faire, j'avais besoin de l'hospitaliser rapidement, et... euh, y'avait pas de soin d'urgence vitale à faire dans l'immédiat, donc j'étais plutôt rassurée pour ça, pour moi, et pour elle, par contre il fallait hospitaliser. Et là c'était très compliqué parce que cette femme est dans le déni, et bien sûr aussi du coup dans le refus de soin, total, même quand il s'agit d'un truc... euh, grave comme celui-là. On n'a pas tous les jours l'oreille qui saigne et pourtant elle, elle refusait catégoriquement d'aller aux urgences. Donc là... euh, compliqué ! parce que il a fallu presque la forcer, et puis voilà, j'ai appelé les pompiers, ça a été très compliqué, parce que il a fallu... alors j'ai pas fait une hospitalisation sous contrainte, parce que elle s'est finalement laissée faire, fin laissée faire, plus ou moins, avec l'aide des pompiers qui étaient largement plus grands et plus baraqués que moi (rires), évidemment, elle est... mais d'ailleurs il a fallu aussi modérer un peu les pompiers qui étaient un peu... pas violents, pas maltraitants, mais trop fermes, et moi je disais « attention, prenez soin de cette dame, allez-y molo quoi, mais allez-y quand même, parce que il faut qu'elle y aille quoi », donc voilà. Donc elle est partie, elle est restée quelques jours à l'hôpital, ils ont fait tout le bilan, elle avait évidemment un saignement intracrânien, donc ils l'ont gardée quelques jours, elle est ressortie sur... euh, décharge, parce que probablement qu'il y a avait trop d'addiction, et que de base elle est dans le refus de soin donc fallait vite qu'elle s'échappe de l'hôpital quoi. Parce que elle se sentait pas à sa place, donc elle devenait agressive, elle a signé sa décharge et elle est rentrée.

EC :

D'accord.

MG11 :

Et ensuite, suite à ça, vu que nous on a reçu le compte-rendu malgré le fait qu'on soit pas... médecin traitant, et qu'en plus elle avait un scanner de contrôle, pour vérifier l'évolution de son saignement etc., je suis repassée la voir. Et puis on s'est dit avec Philippe du coup, mon collègue, que c'était peut-être une façon de... rentrer un peu dans sa vie et de rentrer un peu dans le soin. Mais... tâche difficile ! parce que c'est pas une patiente qui est dans... en demande de soin. C'est plutôt une patiente qu'on essaie de faire rentrer dans le soin, et du coup, voilà, relation très compliquée. Parce que généralement, en tant que soignant, quand on donne un soin, c'est parce que le patient est venu le demander (rires). Et ben pas là ! pas là, donc c'est... c'est une des relations les plus complexes que j'ai en ce moment et qui d'ailleurs... que j'ai souvent en toile de fond. J'y pense, je sais qu'il faut que je l'aide mais je sais pas encore comment. Et je sais pas si je vais y arriver. Je sais pas si elle va me

laisser faire. Voilà. Ça c'est une des relations dans l'addicto que j'ai actuellement. Y'en a des plus simples que ça, c'est probablement la plus compliquée c'est pour ça que je parle de celle-ci en premier je pense.

EC :

C'est peut-être la plus importante pour toi, fin celle qui prend le plus de place.

MG11 :

La plus difficile, la plus difficile, c'est celle qui prend le plus de place. Exactement. Parce que j'ai l'impression de pas y arriver.

EC :

D'accord.

MG11 :

Y'a d'autres relations, j'ai accompagné une dame aussi d'ailleurs... pendant presque 6 mois, quasiment au tout départ que je me suis installée, qui m'a parlé la première fois, dès qu'on s'est vues, de son problème d'addiction à l'alcool, elle m'a dit que c'était une des premières fois qu'elle en parlait, simplement, et à qui j'ai proposé un accompagnement personnalisé, particulier, et ça a très bien convenu, et donc là on se voit régulièrement ça fait presque 6 mois, et là ça se passe très elle est dans la demande de soin, on avance à son rythme, avec des objectifs qui sont adaptés pour elle, et moi je suis très confortable dans cette relation. Donc c'est très différent !

EC :

Alors, pourquoi tu es plus confortable ?

MG11 :

Euh... déjà parce que elle veut avec moi trouver une solution, pour elle, à sa demande, et euh... on est, elle discute très bien, de... enfin, ou en tout cas entre les différents entretiens qu'on a, je sens qu'elle a... réfléchi à ce qu'on s'est dit auparavant, des fois quand je soumetts des idées, des pistes de réflexion ou d'observation dans son comportement ou dans ce qu'elle peut ressentir, c'est une dame qui réfléchissait très peu à ce qu'elle ressentait, et subissait beaucoup ses émotions, ses frustrations et on a essayé de décortiquer tout ça et elle le fait vraiment bien entre chaque entretien, on a l'impression d'être efficace et de l'aider, et c'est satisfaisant. C'est pour ça que c'est plus agréable et simple.

EC :

Donc là tu me parles beaucoup des échanges avec elle, en tout cas, de... de l'avancée de la réflexion peut-être de son côté. Quels autres outils tu peux utiliser dans ta pratique, directement lié au patient ou pas ?

MG11 :

Dans la prise en charge de l'addiction ?

EC :

Oui, chez la femme, comme tu me parlais de deux femmes.

MG11 :

C'est vrai que jusque-là j'ai suivi je crois que des femmes, au niveau addicto, peut-être parce que je suis moi-même une femme, et que c'est plus facile d'en parler. A chaque fois, en tout cas avec cette dame qui est en demande de soin, il y a une difficulté de parler de son problème d'alcool, cette honte en fait, cette culpabilité aussi, et du coup c'est peut-être plus simple d'en parler avec moi qu'avec un praticien homme. Euh... mais quels sont les outils si c'était ta question ? et bah premièrement, c'est... euh, la communication, tout ce qui est autour de l'échange, de femme à femme, finalement, sur quelles sont les attentes de la patiente, pourquoi elle me sollicite par rapport à cette addiction, est-ce qu'il y a une souffrance, une volonté d'arrêter, de diminuer, ensuite toute la communication autour de la relation au produit, essayer de comprendre ensemble, par les entretiens, quelle est la fonction de l'alcool, et puis après dans les autres outils, évidemment, il y a tout ce qui est médicamenteux, quand on pense que le produit a une fonction anxiolytique, sédatif, donc là y'a l'outil du médicament, même si finalement, jusque-là, euh... je l'ai assez peu utilisé, soit dans l'urgence dans la peur d'un syndrome de sevrage chez cette patiente qui est dans le déni, où voilà, mais assez peu. Et puis quels outils... le temps ! (rires) c'est vraiment des patients qu'on a besoin de voir souvent, et qui ont besoin d'être vus souvent, ils le disent eux-mêmes, fin c'est ce que m'a rapporté la patiente. Elle a eu plusieurs fois des suivis addicto, même en milieu hospitalier etc. mais elle disait que la différence avec le suivi que nous on a mis en place et ce qu'elle a connu, c'est la récurrence du suivi. Et c'est vrai qu'on a cette possibilité là en cabinet de médecine générale, c'est de décider de la fréquence des rendez-vous, et même si oui, c'est pas toujours simple de voir ses patients très fréquemment et qu'on a beaucoup de demandes et qu'on a déjà 35 rendez-vous par jour, mais si vraiment on veut, et bah on peut. « Bah tant pis j'en aurai 36 ce jour-là mais j'aurai vu Mme M et on aura fait un point ». Et donc avec cette patiente au départ on se voyait presque toutes les semaines, puis toutes les 2 semaines, puis tous les mois, et là on a dit tous les 2 mois, on essaie de faire un point pour pas se perdre de vue, et ça c'est vraiment différent par rapport à ce qu'elle a connu avant. Donc le temps. Est-ce qu'il y a d'autres choses... et après ! ça va être tous les outils des patients qu'ils vont trouver eux-mêmes en fait, l'outil principal c'est la communication et là faut trouver d'autres outils mais que les patients trouvent eux-mêmes. Donc vraiment moi je parle toujours de stratégie, parce que c'est une maladie dont on ne guérit jamais vraiment, il faut savoir l'accepter et connaître les stratégies qu'on peut mettre en place en tant que patient et se les approprier. Donc c'est tout ça le... le travail je trouve de l'accompagnement. Donc c'est tous les outils que les patients trouvent eux-mêmes, et y'en a plein.

EC :

Et tout à l'heure tu parlais des attentes des patientes, et qu'est-ce qu'elles attendent de toi alors ?

MG11 :

Je pense, concrètement, pour la patiente qui est venue parce que elle a bien voulu parler de ça, je pense que son attente c'était simplement un accompagnement et puis pouvoir parler de ça. Parler de ça parce qu'elle n'en parle pas du tout dans sa famille même si sa famille est au courant de sa

difficulté avec l'alcool. Ils n'ont pas l'air d'être particulièrement dans le jugement non plus, pourtant elle le vit un petit peu comme ça. Donc je pense parler, c'est ce qu'elles en attendent, et puis de l'accompagnement. Parce que cette patiente-là, elle connaît son problème avec l'alcool, elle veut diminuer sa consommation parce qu'elle souffre de pulsions, donc elle voudrait maîtriser ça, elle voudrait ne plus avoir de pulsion, mais elle ne voudrait pas bannir l'alcool de sa vie, parce que déjà c'est une source de plaisir, elle le dit très bien, et qu'elle aime l'alcool en société, et de manière modérée y'a aucun problème. Et donc c'est toute la difficulté, c'est trouver les stratégies pour ne pas bannir complètement. Alors voilà, faut toujours être à l'écoute de l'attente de la patiente parce que sinon on a tendance à avoir une vision addicto un peu zéro zéro, comme je l'ai eue longtemps, et elle c'est pas ce qu'elle en attend et, je savais bien qu'en imposant ça je l'aiderais en rien parce que elle y adhère pas de toute façon. Donc euh... c'était vraiment une écoute, une écoute et un accompagnement sur ses souhaits, et elle attendait que je l'aide à gérer mieux ses pulsions, à l'aider à trouver les stratégies pour ne pas succomber aux pulsions quand elles arrivent. Et arriver à garder une consommation modérée quand elle a des occasions festives etc. et puis pour l'autre patiente, et bien elle n'a aucune attente. Voire pire, je pense... alors si je pense qu'elle est contente de me voir arriver, parce que c'est une patiente que je ne vois qu'à domicile, souvent quand je passe c'est que j'ai appelé avant en disant « oh ça fait longtemps que je vous ai pas vue, j'aimerais bien passer prendre une petite tension, voir comment ça va depuis la dernière fois », donc je suis beaucoup plus intrusive, mais j'essaie de pas l'être trop, l'idée c'est vraiment de rentrer dans une relation de confiance, pour que, un jour, peut-être, elle me parle de son problème, et peut-être qu'un jour je puisse l'aider. Donc elle a aucune attente si ce n'est qu'elle est contente de me voir parce que on discute on papote et j'essaie de m'intéresser à elle, je pense que ça lui fait du bien quand même, parce que je vois bien qu'à la fin de l'entretien elle est contente ! au début elle est un peu, la tête, et je suis un peu de trop mais bon. C'est une histoire compliquée parce que j'y ai pas forcément ma place et en même temps si je fais rien je suis pas bien. Je suis dans une sorte de culpabilité de pas essayer de l'aider plus, donc pour l'instant c'est un peu une situation statu quo mais... voilà. Donc pas d'attente pour celle-ci (rires). C'est peut-être moi qui en ai finalement, pour elle.

EC :

Mais visiblement ça permet d'avancer tout doucement, tu gagnes sa confiance en fait.

MG11 :

Oui je crois, par les retours que j'ai des gens qui sont autour d'elle. Ce qui est compliqué aussi, son frère ou son compagnon qui m'appellent pour elle, parce que elle ne m'appelle jamais directement. Enfin si, une fois, pour son conjoint ! (rires), mais bon voilà. Eux qui me disent, « oh mais elle vous aime bien docteur, mais voilà, qu'est-ce qu'on peut faire de plus ? », « ah je sais pas », j'essaie de faire en sorte qu'elle m'accepte dans sa sphère privée, très privée, puisqu'elle ne parle de rien de son intimité, de sa maladie, voilà. Mais oui je pense que petit à petit je vais y arriver, mais ma grande inquiétude c'est est-ce que je vais y arriver à temps ? et ça je sais pas. On vit avec, cette interrogation et cette peur quand même un peu on peut le dire, j'ai l'impression de pas réussir à la protéger. Mais... je crois pas que je puisse l'obliger.

EC :

Donc finalement beaucoup de difficultés pour accéder à la consommation de cette dame, tu parlais de déni, clairement elle est dans le déni, communication difficile, non désirée...

MG11 :

Non désirée ! Communication sur rien à voir avec le problème ! Quand je vais la voir on parle de la pluie, du beau temps, elle me parle de ses difficultés, je fais vraiment des brèves de comptoir avec elle, non mais je m'intéresse à elle, c'est rigolo, c'est la seule patiente qui m'a montré sa garde-robe, qui m'a montré sa chambre, euh... qui m'a montré, en fait elle essaie de me faire connaître qui elle est vraiment, parce que aujourd'hui, elle est plus grand monde, puisque chaque fois que je vais la voir elle est pas habillée, pas coiffée, pas maquillée, pas lavée. Elle est vraiment très très dépendante cette dame. Et en fait à chaque fois elle me montre à voir la personne qu'elle est vraiment, mais qu'elle est plus à cause de sa maladie. Je crois que c'est ça. Donc voilà, j'essaie de m'intéresser à cette personne-là, mais j'aimerais petit à petit à lui montrer qu'elle est plus comme ça et qu'il faudrait qu'on l'aide pour qu'elle redevienne celle qu'elle est quoi. Que la maladie a pris le dessus, mais pour l'instant c'est très très fermé.

EC :

Et dans tes différents suivis, justement de femmes avec une dépendance, tu vois d'autres, on va dire d'autres obstacles, d'autres problèmes, qui vont être spécifiques à la femme, que tu aurais pu ne pas rencontrer chez l'homme ? Après c'est peut-être une question un peu difficile si tu me dis que tu ne suis que des femmes...

MG11 :

Oui, mais j'en connais des hommes, avec qui j'ai pas initié le suivi addicto, c'est plutôt des hommes sous Aotal, pour qui je renouvelle le traitement, avec qui on discute un petit peu... oh non c'est une bêtise, j'ai suivi un homme que j'ai réussi à prendre en charge pour un suivi addicto de novo. Si si en fait je l'ai fait aussi, c'était super aussi comme expérience. Non mais spécifiques à la femme, je pense que... bah tu vois cette dame qui est en demande de soin que j'accompagne, je pense que ses consommations d'alcool sont liées à de multiples... euh, frustrations, dans sa vie de femme, et que... euh, c'est ce à quoi on a conclu ensemble. Et que c'est aussi une façon de... de maîtriser aussi sa vie et de décider ce qu'elle a le droit aussi ou pas de faire, parce que en fait elle boit en cachette des autres, et elle se félicite presque que ils n'arrivent pas à s'en rendre compte. Donc c'est comme si c'était une petite revanche sur la vie, même si elle sait que ça l'empoisonne et qu'au fond il y a ces pulsions qu'elle aime pas avoir, mais après avoir... euh, beaucoup bu, elle a cette petite jouissance de dire « et ben je les ai floutés », et d'ailleurs ça nous a emmené à penser qu'il y a beaucoup de choses qui la frustraient, ou l'impression qu'elle maîtrisait pas son environnement ou qu'elle était maîtrisée par les autres, ou je sais pas... fin quelque chose autour de ça, et peut-être que c'est un sentiment qui est peut-être plus répandu chez les femmes de sa génération. C'est une dame d'une soixantaine d'années, qui a été mère au foyer... à qui on a l'impression que y'a pas beaucoup de questions qui se sont posées à elle en fait, c'est que des réponses toutes faites, je sais pas si elle a choisi grand-chose, je pense qu'elle était malheureuse, on sent qu'il y a un peu de ça, le côté frustration, on m'impose des choses et ben moi je m'impose à moi-même de boire (rires) ! je sais pas j'exagère un peu, mais

y'a un petit peu de ça, peut-être qui peut être intéressant dans la spécificité aux femmes, et puis cette autre dame qui est pas du tout dans la demande de soin, je pense que pour le coup c'est une souffrance bien plus profonde, je pense qu'il y a une histoire quand même autour de... de violences quand même, de violences à la femme qu'elle est, à chaque fois elle revient sur le fait qu'elle était très coquette, que c'était une femme connue, un personnage public, etc. et que, et son compagnon me dit qu'elle a subi des violences, qu'il l'a sauvée de cette violence, de son mari qui a priori la battait mais elle m'en a jamais parlé, on dirait qu'il y a un tabou autour de la sexualité, je pense qu'il y a quelque chose de très profond, et c'est pour ça qu'elle ne nous laisse pas rentrer dans les vraies problématiques, je pense que c'est trop douloureux. Probablement. Voilà donc des histoires très différentes, spécificités peut-être... euh, ça c'est vraiment quelque chose que j'interprète, mais peut-être qu'on est plus à même de subir des violences, je suis pas quelqu'un de féministe, pas particulièrement, mais plus le temps passe, plus je vois à quel point les femmes sont... plus vulnérables dans cette société. C'est-à-dire que la société, j'ai ce sentiment-là, nous rend plus vulnérable, parce que oui, il y a ce rapport de force, et... euh, voilà, je pense et en fait, oui c'est ce que je pourrais dire.

EC :

Et peut-être encore plus chez une femme qui consomme ?

MG11 :

Ah oui ! et en plus c'est pas du tout féminin que de boire, enfin je sais pas mais dans nos représentations, le mec qui rentre chez lui qui boit sa bière c'est presque la normale, ça a un côté presque viril... euh, la nana qui rentre et qui s'ouvre une bière et qui se met sur le canapé, franchement, y'a pas du tout le côté... euh, séduisant et charmant qu'on veut attribuer à la femme. Donc en fait il y a quand même plus de tabou autour de l'alcool, et je pense que c'est encore plus dur d'en parler, je pense, et cette dame qui m'en a parlé dès le premier rendez-vous elle se félicitait presque de dire « ah je vous en parle dès le départ parce que je me sens bien et je me dis qu'il faut que j'en parle », on sentait bien que... c'était quelque chose de difficile à évoquer, habituellement.

EC :

Et tout à l'heure je parlais de spécificités peut-être aux femmes, en terme d'alerte ou d'alarme, une femme qui consomme, qu'est-ce que ça pourrait t'évoquer ?

MG11 :

Euh... oh bah...

EC :

Sur le plan environnemental, physique...

MG11 :

Qu'est-ce que ça m'évoque, qu'est-ce que je me dis sur cette personne ?

EC :

Est-ce que ça t'évoque une alarme, fin quelque chose, une urgence...

MG11 :

Rarement une urgence, un mal-être, un travail à démarrer, ça c'est sûr, un gros travail souvent (rires). Ça évoque que là, il va falloir travailler sur un autre terrain, parce que souvent y'a des signes qui nous font penser que, mais dès que c'est la patiente qui en parle ou même si nous, notre hypothèse se confirme, bah là c'est autre chose, là il va falloir parler du problème, et là on sait que... ça va être tous les jeux de la communication, il va falloir ne pas braquer, ouvrir des portes, rester ouvert... euh, être dans la, vraiment dans la bienveillance. Rarement une urgence parce que souvent c'est des gens qui ont ce problème depuis longtemps, à part la situation que j'évoquais tout à l'heure, parce que là c'est très différent, mais sinon en consultation classique du cabinet, c'est pas l'urgence que je ressens, c'est « là, y'a une grosse valise qu'il va falloir ouvrir ». Et souvent c'est à la fois, très intéressant, je sais pas comment dire autrement, mais on sait que ça va être riche, et à la fois, euh... éprouvant parce qu'on sait qu'il va falloir peser nos mots, il va falloir que ce soit bien perçu, bien compris par le patient, qu'on veut pas être intrusif, on veut pas être dans le jugement, et pour tout ça et ben faut avoir les bons mots au bon moment, aller à son rythme, ne pas faire peur mais en même temps faire prendre conscience des dangers, fin c'est tout ça, toutes les subtilités de l'addictologie et de la communication entre deux personnes. Donc pour moi c'est une grosse valise, qui va falloir d'abord trainer, puis ouvrir, puis enlever des paniers dedans, réfléchir ensemble à ce qu'on garde, ce qu'on jette, comment on recycle... voilà y'a tout ça.

EC :

Et chez une femme qui a priori ne consomme pas, ou chez qui tu n'as pas de doute particulier, en terme de prévention, comment tu peux aborder les choses avec elle ?

MG11 :

Et ben, assez peu (rires). Je réalise que c'est pas, c'est rarement, je pose rarement la question, probablement parce que j'y pense pas assez souvent.

EC :

A dépister c'est ça ?

MG11 :

Ouais à poser la question, sur la consommation d'alcool, alors je le fais d'emblée peut-être plus avec des jeunes, pour mieux les connaître, vu qu'on a un âge assez proche, pour avoir ce côté soignant, ce côté prévention, voilà une approche plus médicale avec eux, mais c'est qu'avec des personnes plus âgées, 40, 50, 60 ans, c'est rare que je pose la question sur leur consommation d'alcool, à part si je sens quelque chose, mais beaucoup de gens en parlent spontanément. La plupart des gens l'abordent spontanément, c'est « ah bah en ce moment j'ai besoin de ma petite bière du soir pour décompresser », par exemple, « en ce moment plus que d'habitude », « ah bon parce que... » et là on rebondit, mais souvent ça vient d'eux, ça part plutôt de la fonction, par exemple en ce moment je suis angoissé ou j'ai un mal fou à m'endormir, et d'emblée presque toujours c'est eux-mêmes qui

vont le dire, le plus souvent, ça m'arrive de poser la question, « et du coup est-ce que vous buvez plus d'alcool, est-ce que vous avez remarqué que ça vous aidait ou... », mais souvent c'est eux. Je pose assez rarement la question et je fais assez peu de prévention, mais il faut que je le travaille (rires).

EC :

Et je m'éloigne un peu des dépendances et de l'addiction, mais quand tu reçois une femme en consultation de médecine générale, est-ce qu'il y a des motifs de consultation qui vont de venir ?

MG11 :

Déjà tout le versant gynéco, qui est un... un versant très particulier parce que et ben, il y a l'intimité évidemment. Du coup il y a cette intimité qu'on a beaucoup plus en soignant une femme qu'un homme, c'est beaucoup plus rare, c'est beaucoup moins fréquent dans la vie d'un homme d'avoir à parler de son intimité, quand il est dans le milieu médical, qu'une femme, qui déjà globalement, se tape le frottis tous les 3 ans, minimum, puis après elle va se taper les mammo tous les 2 ans, fin c'est quand même énorme l'intrusion médicale dans la vie intime des femmes, de fait, parce qu'elles sont une femme. Donc oui les motifs gynéco, ça veut dire l'intimité, la sexualité, aujourd'hui quand je pense à la sexualité je pense... euh, aux ados qui commencent une vie sexuelle, donc parfois accompagner, pour que ce soit pas subi, violent, et quand je pense à la sexualité, je pense aux violences, en tout cas c'est sûr. En tout cas les violences que les partenaires peuvent infliger, consciemment ou inconsciemment d'ailleurs, et que les femmes s'infligent elles-mêmes aussi. C'est-à-dire, toute l'attente qu'elles ont par rapport à elles-mêmes, c'est-à-dire être parfaites, être normales... euh, dans le côté sexualité, y'a aussi satisfaire son partenaire, et on voit beaucoup plus, c'est bête, mais toutes les femmes qu'on voit passer pour des infections urinaires à répétition, et qu'en fait on voit que c'est très lié à la sexualité, et qu'elles savent pas que c'est lié, et bah en fait, on voit qu'il y a, que c'est pas parfait dans la relation avec le conjoint, mais le conjoint lui va très bien, et la femme elle se tape des infections urinaires et des mycoses à répétition parce que c'est pas... c'est pas fluide ce qui se passe entre eux, par exemple, c'est un rapport d'inégalité entre eux. C'est tout bête mais... c'est des choses qu'on voit au cabinet, et du coup c'est intéressant d'aborder le sujet, de parler de ça, elle vient pour une infection urinaire et finalement on parle de la sexualité, de tout ça quoi. Donc oui les femmes peut-être plus... un peu plus vulnérables et qui s'imposent beaucoup de choses. Y'a ça autour de la femme. Y'a aussi tout le côté maternel, y'a beaucoup de femmes qui viennent au cabinet pour parler de difficultés dans la famille, soit sur leur rôle de mère, soit... euh, dans leur rôle d'épouse, mais dans leur rôle de mère très souvent, donc souvent c'est de l'accompagnement ou de la réassurance, mais on voit beaucoup plus de femmes qui viennent pour la famille. Voilà, « j'y arrive pas avec mon grand », j'ai quasiment jamais vu un père venir avec son enfant et me dire « j'y arrive pas ». Des femmes j'en vois plusieurs avec qui on discute du cadre, de ce que c'est... de tout ça. Plus de motifs, pas pour elle mais pour la famille. Ça c'est vrai que c'est intéressant aussi. Oui ça c'est vrai que c'est très souvent en fait... euh, c'est vrai.

EC :

L'impression qu'elles viennent pas pour elle en fait ?

MG11 :

Ouais, qu'elles viennent pour un problème qui les concerne pas que elle en tout cas, ou en tout cas pas directement, mais pour les enfants, ou parce que le mari va pas bien mais il veut pas consulter, donc c'est un moyen détourner pour nous informer que ça va pas au foyer. Pour solliciter notre aide finalement, mais pas pour elles. Souvent les consultations... euh, de femmes, avec des femmes, elles sont souvent plus longues, c'est vrai, et y'a souvent plusieurs motifs aussi. Y'a beaucoup de femmes qui viennent avec une liste, plus que des hommes, ce qui veut dire qu'elles viennent pour leur truc, puis pour le truc de l'aîné, puis pour toute une liste de trucs qui les tracassent, parce que elles sont plus organisées, parce que elles sont plus bavardes aussi, on peut parler des émotions, on peut parler de plus de choses, souvent avec les hommes ils se ferment un peu plus, ou ça coupe plus court, plus factuel, une consult un motif, les femmes c'est plus long, y'a plus de motifs souvent. Après tout ce qui a autour, le suivi de grossesse évidemment, la gynéco stricte et puis... et puis je crois que je suis plus de femmes aussi pour un accompagnement psy, pas forcément addicto, mais psychologique vraiment, avec des problèmes de dépression ou de syndrome anxieux. Ouais je pense que je suis aussi plus de dames.

EC :

Hors addicto ou qui peut avoir un lien ?

MG11 :

Qui peut avoir un lien, mais pas toujours, pas toujours. Pas que je sache (rires) !

EC :

Merci beaucoup ! Est-ce que tu vois quelque chose à ajouter, qui te paraît important ?

MG11 :

Non, je crois que j'ai été assez claire sur le fait que les femmes gèrent beaucoup de choses, et qu'elles sont plus vulnérables, même si je revendique la femme forte (rires), mais dans notre société elles sont plus à même de subir des violences, c'est une évidence. Et du coup au cabinet on reçoit tout ça et on essaie d'aider tant bien que mal.

EC :

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je te remercie d'y avoir participé.

Je te tiendrai informé des résultats de cette étude si tu le souhaites.

12) Médecin généraliste 12

Etudiant-chercheur :

Je suis étudiante en médecine générale en dernier semestre/année thèse. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse au vécu du médecin généraliste face à une problématique d'addiction.

Cet entretien sera bien sûr confidentiel et anonyme.

Avec ton accord, j'enregistrerai cet entretien afin de rester fidèle à tes propos.

Il n'y a aucun jugement ni aucune mauvaise réponse, le but n'est pas d'évaluer ta pratique mais simplement de recueillir ton ressenti sur certaines situations.

Est-ce que tu peux me raconter ta dernière expérience avec un patient dépendant ?

MG12 :

Alors je pense que c'était, euh, quand je remplaçais au mois de décembre, consultation de fin de journée, une patiente suivie par la prat que je remplaçais, une jeune patiente... à peu près 25 ans, jeune, qui me dit « oui j'ai pris une consultation pour mon enfant et pour moi aussi pour euh, parce que j'ai perdu mon ordonnance et j'aurais besoin que vous me fassiez un duplicata », et en fait, du coup je vois le gamin en premier, puis je m'occupe d'elle après, et cette patiente, alors j'avais pas trop le temps parce que fin de journée et j'étais déjà à la bourre, j'ai pas trop fouillé son passif mais qui prenait, du Dafalgan codéiné, du Tramadol, elle était suivie par un CSAPA qui lui prescrivait de la morphine en plus, euh... qui avait de la Paroxétine, qui avait un autre anxiolytique en plus, pour le soir alors c'était pas du Seresta mais un truc dans le même genre. Donc elle avait perdu son ordo, sauf pour la morphine c'est une ordo à part que lui faisait le CSAPA, amis elle avait perdu l'ordonnance avec tous les autres antalgiques. Et moi j'étais hyper mal à l'aise parce que je me suis dit « je la connais pas, elle me dit qu'elle a perdu son ordo, est-ce qu'en fait elle en fait pas du mésusage, est-ce qu'elle va pas en bouloter plus que ce qu'elle prend déjà », alors que je me suis dit « mais comment elle est encore debout avec tout ça ? » et je me demande si elle avait pas du Lyrica en plus, parce que y'avait un contexte d'addiction, dans son dossier y'avait marqué « toxicomanie », euh... mais je savais pas trop à quoi, j'ai pas eu le temps de fouiller. Y'avait aussi un contexte de douleur chronique, donc c'est pour ça qu'elle a énormément d'antalgiques, euh, et elle me dit, « j'ai trop mal, j'y arrive pas ». Donc ça c'était ma dernière patiente en contexte addicto de mémoire que... que j'ai vu en consult.

EC :

Et comment t'as géré du coup ? La consult ?

MG12 :

Je pense que j'ai bien fait de la merde (rires), parce que du coup bah de toute façon la morphine elle m'a dit qu'elle avait son ordonnance, elle revoyait le médecin du CSAPA pas trop longtemps après je crois, mais en fait, très naïvement je l'ai crue... mais j'avoue qu'avec les patients étiquetés addicto j'ai un espèce d'à priori quand même où je suis un peu méfiante, parce que souvent j'ai quand même l'impression, que... alors certains sont très réglo, certains jouent vraiment le jeu, mais y'en a qui essaient vraiment un peu de t'amadouer, de te dire « oui vous comprenez », qui te racontent un peu leur histoire, et j'ai l'impression parfois pour te faire pencher un peu en leur faveur et pour que tu sois plus enclin à leur prescrire des trucs. Et elle j'avais un peu cette impression-là, parce que elle m'a raconté son passif, avec le père du gamin qui était parti, qui était retourné au pays, je sais plus si c'est Maroc ou Algérie, mais qui a priori était à l'origine du fait qu'elle soit tombée dans la drogue, fin je pense dans la drogue, j'ai compris ça en tout cas, et c'est vrai que j'étais très emmerdée parce qu'elle avait déjà eu un mois d'ordo prise, donc il lui restait 2 mois avant le prochain renouvellement,

en théorie. Donc moi je lui ai réédité l'ordonnance avec la date du jour et je lui ai redonné comme ça en fait. Et... j'ai absolument pas cherché en fait, parce qu'il était tard, j'étais éclatée de la journée, j'ai pas du tout cherché à savoir plus pourquoi elle prenait ces médicaments, elle était aussi suivie en centre de la douleur je crois, et... bien suivie, donc en fait j'ai pas forcément besoin de creuser, là sur un rempla ponctuel la probabilité que je la revois est quand même... pas majeur, mais j'avais quand même l'impression d'avoir fait de la merde, et de lui avoir remis une ordonnance, où en fait je lui ai dit « je n'en mets que pour 2 mois, pour que vous veniez faire votre prochain renouvellement », parce que moi j'avais vraiment peur qu'elle ait pas perdu son ordonnance de base, et qu'elle essaie... qu'elle fasse du nomadisme médical et qu'elle aille dans d'autres pharmacies quoi. Donc ça ça m'a fait vraiment peur, parce que je pense que y'en a qui le font, et je me suis vraiment posé la question.

EC :

Et comment t'aurais pu faire mieux ?

MG12 :

Bah ma prat, fin la prat que j'ai remplacée, parce que j'en ai parlé avec elle après, et elle m'a dit que elle, quand les patients comme ça ils venaient, elle dit « je suis très con, mais je note que c'est un duplicata de l'ordonnance de telle date, et que, il n'y a plus que tant à délivrer, donc 2 mois, pour qu'en fait ils ne puissent pas avoir 2 ordonnances différentes » et... euh, il me semble qu'elle m'a dit « je note duplicata, 1 mois délivré, il ne reste plus que 2 mois » fin vraiment noir sur blanc, pour éviter que derrière ils mésusent quoi. Mais après j'ai énormément de mal à savoir comment j'aurais pu gérer autrement, parce que... euh, en fait j'étais déjà tellement sur le cul de voir la tronche de son ordo, fin j'étais complètement perdue, où je voyais tout ce qu'elle prenait, et je me disais mais y'a tellement de trucs qu'il faudrait pas qu'elle prenne ensemble mais si on lui enlève ça va pas aller, c'est pas à moi de lui enlever un jeudi soir les antalgiques qu'elle prend depuis plusieurs années, j'ai pas le contexte derrière, si c'est une ancienne tox qui a remplacé par autre chose, fin... franchement en tant que remplaçant, je trouve que c'est hyper difficile de gérer ces patients-là, sauf quand t'as un mec qui vient pour sa Méthadone, que c'est cadré etc., que tu sais que tu le revois tous les mois, ou son Subutex... euh, je trouve que c'est « plus simple », alors que là j'étais vraiment lourdée, je savais pas quoi faire, et je sais pas comment j'aurais pu faire mieux ou autrement.

EC :

D'accord. Et dans des situations de dépendance comme ça, notamment chez les femmes, en général, en dehors de cette situation-là, comment tu gères les consultations, quels outils tu peux avoir pour aider ces patientes ?

MG12 :

Et ben... (silence) c'est vraiment difficile, c'est quelque chose qui me met vraiment en difficulté, j'ai l'impression de pas du tout être assez bien formée, de pas du tout maîtriser les techniques d'entretien motivationnel et compagnie, je suis vraiment mal à l'aise dans ce genre de situation. Alors le truc où ça va à peu près c'est le tabac, parce que c'est le truc auquel on nous forme le plus quand même, j'ai l'impression, et... du coup je trouve que c'est quand même plus simple, et puis y'a

moins de barrière à discuter des problèmes de dépendance et d'addiction au tabac, parce que c'est quelque chose de très commun, l'alcool c'est un peu plus compliqué, après j'ai peut-être plus facile à aborder la problématique tabac, avec les patients ou les patientes, euh... que les traitements ou que les drogues dures quoi. Donc je suis vraiment très vite mal à l'aise.

EC :

Donc par manque d'outil ?

MG12 :

Par manque d'outil, pas manque de connaissances aussi, parce que il y a plein de choses que j'ai oubliées, vraiment, et... euh, du coup je saurais même pas trop quoi faire, à part dire « je vais vous envoyer vers un CSAPA », ou si, y'a probablement des structures, des hotlines ou des machins, mais ça aussi, c'est un peu difficile à gérer quand t'es remplaçant, parce que... euh, t'arrives tu connais pas forcément les infrastructures, et quand t'es là pour un remplacement ponctuel d'une semaine ça sert à rien de te casser la tête à apprendre toutes les infrastructures du coin parce que t'oublieras, et... euh, après si tu fais un rempla fixe ça vaut plus le coup, parce que tu vas avoir des interlocuteurs qui se répètent... mais je trouve que ça aussi c'est compliqué quand t'es remplaçant, c'est plus facile quand t'es installé et dans ton truc, que tu connais les interlocuteurs de terrain, et je pense que y'a ça aussi qui fait que parce que je connais pas les interlocuteurs, je sais pas vers qui adresser ou comment me renseigner, voilà, c'est un peu compliqué je trouve.

EC :

Et qu'est-ce que t'a ressenti du coup face à cette patiente ? j'ai l'impression que tu étais un peu déboussolée, un peu perdue ?

MG12 :

Ouais j'étais frustrée aussi parce que j'ai l'impression d'avoir fait n'importe quoi, j'étais aussi un peu énervée parce que je me suis dit « tu sais pas quoi faire, t'as fait de la merde », frustrée, en colère, complètement perdue, et puis un peu suspicieuse quand même, parce que la prat que je remplace m'a dit pour certains patients, et elle me l'a dit pour elle aussi, « elle est venue parce qu'elle savait que c'était toi, et que c'était pas moi et du coup je cadre différemment, et du coup elle en profite un petit peu ». Bon ça elle me l'a dit à postériori, mais j'avoue quand même que je pense que je suis un peu baisée sur les patients addicto, où j'ai toujours l'impression que, y'a des espèces de non-dits, donc je suis facilement suspicieuse avec les patients addicto, où j'ai toujours l'impression qu'ils essaient de me la faire à l'envers.

EC :

Et sur le plan du dépistage, tu fais comment ? tu parlais de tabac tout à l'heure, donc pour tout le reste, tu vas pas forcément le chercher, ou tu le fais différemment ?

MG12 :

Tabac alcool je le pose assez facilement, j'avoue que les drogues dures j'ai plutôt tendance à le poser aux jeunes, plus facilement, euh, je leur dis « est-ce que vous fumez ? est-ce que ça vous arrive de

voire de l'alcool ? et d'autres choses, cannabis ? » je donne l'exemple du cannabis parce que c'est assez fréquent, je cite rarement la coke, le crack les choses comme ça mais je pense qu'il y en a. Euh, et je cherche généralement pas beaucoup plus loin. Alors quand c'est des nouveaux patients j'essaie de bien étiqueter le truc, quand ils viennent pour des problèmes spécifiques, qui pourraient être en lien j'essaie aussi de chercher. Mais par exemple, y'a des fois où je pose pas du tout la question, mais encore une fois, parce que c'est dans le cadre d'un rempla, et tu vois les gens de façon ponctuelle, et du coup bon.

EC :

En tout cas tu penses que ta pratique est différente ?

MG12 :

Ah clairement quand tu sais que c'est tes patients, que tu vas les revoir etc., tu peux te permettre de dire « je vais temporiser ». Cette séance là je vais aborder le tabac, l'alcool, et puis la prochaine fois je dirai « d'ailleurs est-ce que vous avez pas pris autre chose, cannabis héroïne, ce que tu veux » mais... euh, quand t'es installé, même quand tu remplaces de manière longue, t'as le loisir de pouvoir reconvoquer les gens pour pouvoir approfondir ce que toi t'as derrière la tête quoi, loisir qu'on n'a pas trop quand tu fais du rempla ponctuel...

EC :

En tout cas c'est des choses que tu envisagerais ?

MG12 :

Oui parce que c'est important. Rien que le cannabis je pense que c'est... enfin on se rend pas compte qu'il y a énormément de consommateurs et même d'autres drogues... quand je vois D., qui fait sa thèse sur le chemsex, je pense que en vrai... y'a, après c'est peut-être plus vrai dans le milieu LGBT et lyonnais parce que voilà c'est différent, mais je pense qu'il y a beaucoup plus de gens qui consomment ponctuellement des drogues et qui le disent pas forcément.

EC :

D'accord. Et du coup tu parlais d'une femme comme dernière expérience, parmi tous les patients que tu as vu finalement, chez les femmes, quelles spécificités ou quelles particularités tu pourrais noter par rapport aux hommes, toujours dans le domaine de l'addiction ?

MG12 :

J'ai l'impression que c'est plus, qu'il y a un peu plus de honte chez les femmes à être addictes. C'est une patiente que j'ai rencontrée quand j'étais externe, en service d'addicto, c'était une patiente quarantenaire, bien installée dans une vie professionnelle, fin qui avait un bon job, qui a eu une rupture difficile, et qui en fait s'est mise à boire après ça, et en fait, moi je l'aurais vue dans la rue jamais j'aurais dit qu'elle était alcoolique, et en fait elle est donc venue dans le service en cure pendant 15 jours, et on sentait bien qu'elle se sentait honteuse, pas sale, mais ouais, « non je pouvais pas être alcoolique », et j'ai l'impression que c'est plus compliqué pour les femmes, ou c'est moi qui me fais cette représentation-là mais... mais ouais j'ai l'impression que c'est plus compliqué

pour les femmes d'aborder les problématiques d'addiction. Et puis en fait y'a aussi tout le versant maternel, parce que bon des patientes addictes qui sont enceintes y'en a, et je me dis mais en tant que mère, enceinte, comment tu peux imposer ça à ton enfant, alors que je pense qu'elles contrôlent pas quoi, qu'elles sont contrôlées par leur addiction. Et je pense qu'il y a énormément de jugement péjoratif, alors les gens addicts de base on est quand même pas très tolérants, sauf les tabagiques parce que c'est devenu lot commun, mais euh... je trouve que chez les femmes on est plus... un mec je me dirais « c'est un pauvre type », une nénette je me dirais « putain mais si elle est enceinte, qu'elle a un gosse, elle va faire un syndrome d'alcoolisation fœtale, le gamin peut faire un syndrome de sevrage à la naissance, elle va faire souffrir son enfant », sauf si elle est vieille. Mais j'ai l'impression qu'on est plus durs avec les femmes addictes.

EC :

En tant que médecin ou dans la société ?

MG12 :

Dans la société. Même moi avant d'être médecin, hein, je pense que j'aurais été plus... plus sévère avec une femme addict, parce que je me dis que t'as potentiellement une grossesse, un enfant, t'es la mère, t'as des enfants, tu dois t'en occuper mais non tu préfères te camer... je pense que je serais plus dure avec une femme... fin je sais pas mais globalement j'ai l'impression qu'on est plus durs avec les femmes.

EC :

Et du coup, est-ce que... fin, la honte dont tu parlais chez cette patiente, à quoi elle est due, pour toi ?

MG12 :

Elle je pense que ça venait du fait à la fois qu'elle avait un niveau social assez élevé, et que bah... je pense que dans l'inconscient collectif, le mec alcoolique chronique, c'est le mec qui vient de la cambrousse, ou le mec qui a un niveau de vie tout pourrave, qui est SDF dans la rue, mais pas la nénette cadre qui devient alcoolique chronique, suite à une rupture. Et du coup elle était sur une espèce de piédestal et ça l'a fait complètement descendre de ce truc, où elle s'est retrouvée avec un truc honteux, enfin qu'elle a associé à de la honte alors qu'elle est malade en fait, et elle disait « je suis alcoolique quoi », t'avais l'impression que c'était... et même moi, moi je me dis que ma hantise c'est de devenir alcoolique. Alors que mine de rien dans nos études on boit quand même pas mal, on a tous une bonne appétence pour le vin les trucs comme ça, et quand tu vois les patients d'addicto, tu te dis ça tient à tellement pas grand-chose, que même moi en tant que médecin je me dis que je pourrais devenir alcoolique quoi. Je pense qu'on a tous un potentiel addictogène, et y'a des événements de la vie qui font que ça dérape, et t'es plus apte à avoir le contrôle, et c'est le reste qui prend le contrôle sur toi.... Mais, ça me fait flipper de devenir alcoolique.

EC :

C'est quoi pour toi l'image de l'alcoolique, si t'en as une ?

MG12 :

Ah pour moi l'éthylique chronique, c'est le vieux bedonnant, cinquantenaire/soixantenaire, qui pue l'alcool à 10 kilomètres, qui fume aussi parce que ça va de pair... mais en fait, mais parce que encore une fois j'ai l'impression que c'est l'image que la société nous renvoie de l'alcoolique chronique, c'est le rebus de la société. Alors qu'en fait pas du tout, et même d'autres gens qui prennent d'autres drogues, mais l'alcool surtout, ça touche tout le monde, et toutes les classes de la société, mais socialement parlant je pense qu'on est formatés dans cette idée... et puis aussi parce que nos patients nous donnent un peu raison quand même, mais que c'est le vieux bedonnant, de la campagne, qui fume et qui boit quoi.

EC :

D'accord.

MG12 :

Mais aussi parce que je pense qu'à une époque, ils avaient pas du tout le même regard, sur l'alcool par exemple, et combien on a de patients, des petits vieux, qui nous disent « oh bah moi j'ai mon verre de rouge le midi, j'ai mon verre de rouge le soir », et il sont rien qu'avec ça, au-dessus des normes hebdomadaires, donc ils sont déjà en mésusage, mais parce qu'ils ont un rapport à l'alcool qui est complètement différent, je pense. Donc je pense que c'est peut-être pour ça aussi qu'on se fait l'image du vieux, bedonnant, de campagne...

EC :

Ok avec la place de l'alcool dans la société qui a évolué ?

MG12 :

Qui est différente, mais qui est toujours hyper prévalente. On boit alors que, on prendrait de la coke comme on boit du vin... on serait tous... (rires).

EC :

Ok, et je reviens vers la femme, mais voilà, tu as reçu des femmes dépendantes à différents produits en consult, est-ce que parce que c'est une femme, il y a des alarmes particulières qui vont s'allumer, des inquiétudes, des choses à rechercher différentes de chez l'homme ?

MG12 :

Bah, je pense que dans ma tête une femme qui est addict, je vais tout de suite me dire « est-ce qu'elle a été violée, est-ce qu'elle a subi des violences », en fait je me fais l'idée de la femme addict victime. Dans le sens où, c'est très paradoxal, parce que je serais plus sévère avec une femme que je vois addict mais pour moi dans ma tête, et c'est peut-être un énorme préjugé, mais une femme qui est addict à un truc c'est en réaction à quelque chose de violent qui s'est passé dans sa vie. Je pense que c'est vrai aussi avec les hommes, mais... mais pour moi dans ma tête je me dis « elle a dû vivre un truc affreux, elle a dû se faire violer, faut que je pense à discuter de ça, à savoir pourquoi, qu'est-ce qui l'a poussée à consommer », ou sous emprise, d'un mec. Parce que j'ai l'impression que c'est

assez récurrent, qu'elles se laissent porter par un mec malveillant, oui ou qui est pas forcément bienveillant, et... c'est vrai qu'une femme addictée je m'en fais l'image d'une femme victime.

EC :

D'accord, ça marche. Et finalement, une femme qui vient te consulter toi, qu'est-ce qu'elle pourrait attendre de toi ?

MG12 :

Par rapport à la problématique addictive ?

EC :

Par rapport toujours à l'addiction.

MG12 :

Par grand-chose (rires) ! en vrai, je pense que de façon générale, les patients addicts, mais comme tous les patients, mais je pense plus eux, ils ont besoin de trouver une écoute, et ça je pense que je suis pas trop mauvaise, parce que pour l'aider pour lui proposer des choses, je pense que j'aurais plus de mal, mais pour écouter, et déjà qu'elle puisse déposer sa souffrance, ses besoins en fait, parce que elle peut me dire j'ai besoin de vous pour guérir, pour aller mieux, ou j'ai besoin de vous parce que il me faut ma prescription de Subutex... mais je pense que notre rôle en médecine générale, quand on est pas formés à l'addictologie, ou qu'on n'a pas forcément une appétence particulière pour l'addictologie, c'est déjà une écoute des patients, et d'être dépositaires de leurs besoins, parce que je pense qu'avant toute chose, ils ont besoin de parler. J'ai l'impression que les patients d'addictologie, femmes peut-être plus si je les associe à des victimes, ils ont quand même tous des histoires de vie mais tellement merdiques ! je me dis, à leur place, je me serais déjà suicidée 20 fois. Et je pense qu'en fait être à l'écoute et être dépositaire de leur souffrance et de leurs besoins, c'est déjà les aider, même si ça règle pas le problème de l'addiction, mais ça permet déjà de savoir ce que eux attendent, s'ils sont prêts à arrêter ou pas... s'ils ont juste besoin de quelqu'un à qui se confier, parce que des fois dire à quelqu'un qu'on est addicts, ça fait avancer les choses, donc moi pour l'instant je pense pouvoir leur proposer ça, de l'écoute. Et après, bien connaître des gens formés pour ça pour les aider, ou les adresser vers des structures compétentes, choses que je ne fais pas du tout à l'heure actuelle.

EC :

Et je vais élargir un petit peu le cercle, mais la femme en consultation en général, quel que soit le domaine, quand elle vient te consulter, quels motifs de consultation peuvent te venir en particulier, si y'en a, une femme que tu connais pas forcément, est-ce que tu associes sa consultation de femme à des pathologies particulières par exemple ?

MG12 :

Je crois que j'ai pas compris ta question (rires).

EC :

En gros t'as une femme qui consulte, est-ce que tu vas te dire « ah bah ce sera sûrement pour tel motif » par rapport à ton expérience, à ton vécu ?

MG12 :

Euh... bah, oui, et non, parce que souvent dans les agendas on a quand même les motifs de venue, donc on sait souvent pourquoi ils viennent. Après, y'a toujours des surprises, clairement, j'ai encore eu le cas il y a pas longtemps, une patiente qui vient et qui me dit « oui, j'ai très mal dans le bras » et qui commence à m'expliquer une situation psychique éprouvante, et qui finalement me dit « j'ai fait un malaise avec perte de connaissance dans la voiture », le motif initial c'était « douleur du cou » et ça s'est transformé en céphalée inhabituelle, avec perte de connaissance, contexte psychique voilà, donc y'a des choses auxquelles je m'attends, sauf quand c'est des gens que je connais et que je reconvoque, parce que ça m'est déjà arrivé en stage chez le prat quand même de reconvoquer des patientes, mais souvent euh, j'essaie de pas trop me formaliser sur le motif d'entrée, parce que y'a hyper souvent des motifs cachés, et même sur euh, je me souviens la dernière patiente que je vois en niveau 1, 18h le vendredi ou jeudi, et elle vient pour une angine. En fait au bout de 5 min on avait plié l'angine, et en fait c'était une femme de 42 ans et demi, qui était en protocole FIV, qui n'avait toujours pas réussi à avoir d'enfants, qui était en burn-out professionnel, et... elle s'est effondrée en larmes dans le bureau, ça lui a fait beaucoup de bien de parler, mais ça n'avait rien à voir avec l'angine. J'essaie de pas trop me formaliser sur les trucs parce que souvent on a des surprises, les trucs pour lesquels ils viennent c'est souvent bref, mais c'est souvent un motif... déguisé.

EC :

Autant chez les femmes que chez les hommes alors ?

MG12 :

Ça dépend, j'aurais quand même tendance à penser que chez les femmes il y a plus de motifs cachés, dans le sens où... euh, j'ai quand même l'impression de pouvoir plus facilement discuter avec les femmes... fin, les hommes ils ont des idées, il disent « je viens pour ça », c'est assez carré, et les femmes j'ai l'impression que t'arrives toujours à dévier sur d'autres sujets, de par tes questions, t'arrives toujours un peu plus à creuser, que c'est plus facile... encore une fois parce que socialement, les hommes doivent pas avoir d'émotion, faut pas les montrer, fait être un homme fort et compagne. J'ai l'impression que j'ai plus de mal à débriefer des situations psychiques difficiles avec des hommes alors qu'avec des femmes c'est beaucoup moins complexe. Et puis, j'ai l'impression que je peux plus facilement avoir des surprises avec les hommes qu'avec les femmes, des trucs qui sortent de nulle part on sait pas pourquoi mais...

EC :

Donc des consultations menées un petit peu différemment entre hommes et femmes ?

MG12 :

Ça dépend du motif de base. Quelqu'un qui vient pour un renouvellement de traitement, si tu vas checker un peu tous les plans de la vie, mais par exemple oui, avec les femmes aux alentours de 50

ans, je vais fatalement poser la question de la ménopause. Alors que finalement, à contrario, je ne vais absolument pas poser la question de l'andropause. Alors si je peux poser la question des troubles urinaires liés à l'hypertrophie de prostate, alors que la ménopause, je vais vraiment chercher à aborder ça avec toutes mes patientes qui ont 50 ans et plus, et je vais essayer d'aborder tout ce qui est troubles génito-urinaires parce que on en parle pas assez du tout, et que c'est un vrai problème, et que encore une fois c'est des trucs un peu honteux alors on n'ose pas trop en parler. Donc non y'a forcément des trucs auxquels tu dois t'adapter, mais en fait tu t'adaptes à chaque patient, que ce soit en terme d'âge, en terme de sexe, tu dois t'adapter en permanence, parce que tout le monde est différent et y'a des patients que tu finis par connaître et y'a toujours une adaptation permanente en fait, au-delà de la distinction homme-femme.

EC :

Merci beaucoup, est-ce que tu veux rajouter quelque chose, qui te semble important et qu'on n'a pas abordé ?

MG12 :

Non merci je pense que j'ai tout dit.

EC :

J'espère que cet entretien s'est bien passé et je te remercie d'y avoir participé.

Je te tiendrai informé des résultats de cette étude si tu le souhaites.



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

PEIFFER Julie

VECU DU MEDECIN GENERALISTE FACE A UNE FEMME DEPENDANTE

RESUME :

Médecine générale et addictologie sont intimement liées par leur prise en charge bio-psycho-sociale commune des patients. Or, cet abord peut être différent entre un homme et une femme. C'est pourquoi cette thèse s'est intéressée au vécu du médecin généraliste face à une femme dépendante. Elle a cherché à explorer les ressentis ainsi que les outils mis en place par les praticiens. Elle a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes, n'ayant pas d'activité en établissement spécialisé en addictologie.

Ces praticiens ont pu mettre en avant des consommations moins importantes chez les femmes. Le retentissement de la prise de produits se manifeste par un jugement plus sévère de la société chez elles, et en particulier chez les mères. Elles ressentent alors honte, culpabilité, souffrance. Elles dissimulent et retardent leurs soins par peur d'un retentissement familial. L'addiction au féminin est également plus fortement corrélée à des troubles psychiatriques ainsi qu'à des faits de violence.

Du côté des médecins, les ressentis peuvent varier en fonction de leur genre. En effet, les praticiennes déclarent une aisance plus importante avec les femmes qu'avec les hommes. Elles pensent aussi que cette facilité est partagée côté patientes. Tous médecins confondus, la complexité de la prise en charge est soulignée chez les femmes. De plus, ils peuvent avoir recours à une attitude différente avec elles tout comme à une écoute plus prononcée. L'examen gynécologique est un temps dédié qui peut ouvrir la communication. Ce temps de consultation, souvent trop court, est modulé afin de l'étirer au fil de plusieurs consultations.

MOTS CLEFS : femmes, addiction, dépendance, médecine générale, médecins généralistes.

KEYWORDS : women, addictive behavior, general practice, general practitioners.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur ZERBIB Yves

Autres membres : Monsieur le Professeur ROLLAND Benjamin

Madame le Professeur PERDRIX Corinne

Monsieur le Docteur BERNABEU Eric

DATE DE SOUTENANCE :

Mardi 29 juin 2021

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR :

1 rue du commerce, 01330 VILLARS-LES-DOBES

EMAIL : peiffer.ju@gmail.com