

**Impressions des patients en sevrage hospitalier d'alcool
sur l'initiation d'une démarche de soins avec leur
médecin traitant : enquête qualitative auprès de 15
patients**

Stéphanie Aymard

► **To cite this version:**

Stéphanie Aymard. Impressions des patients en sevrage hospitalier d'alcool sur l'initiation d'une démarche de soins avec leur médecin traitant : enquête qualitative auprès de 15 patients. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01248007

HAL Id: dumas-01248007

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01248007>

Submitted on 23 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

thèse n° 182

Thèse pour l'obtention
DU DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
Le 02 décembre 2015

Par **Stéphanie AYMARD**
Née le 16 décembre 1984, à BORDEAUX (33)

**Impressions des patients en sevrage hospitalier d'alcool sur l'initiation d'une démarche
de soins avec leur médecin traitant:
Enquête qualitative auprès de 15 patients**

Directeur de thèse
Docteur Yannick Emars

Composition du jury :

Professeur Jean-Louis DEMEAUX	Président
Professeur Claire SERIES	Juge
Docteur Philippe CASTERA	Rapporteur
Docteur Benoît FLEURY	Juge
Docteur Patricia GISSELAIRE	Juge
Docteur Yannick EMARS	Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Demeaux, président du jury

Professeur des Universités

Directeur adjoint du Département de médecine générale de Bordeaux

Médecin généraliste

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Veillez recevoir, par ces mots, mes remerciements, et l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Professeur Claire Séries, membre du jury

Professeur des Universités

Service de médecine interne et post-urgences

Hôpital Pellegrin CHU de bordeaux

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Je tiens à vous témoigner mes plus vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce sujet.

Veillez trouver ici, l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Philippe Castera, rapporteur de thèse

Maître de conférence associé de médecine générale de l'Université de Bordeaux

Coordinateur du réseau Addictions Gironde-Aquitaine

Médecin généraliste et alcoologue à Bordeaux

Vous nous avez fait l'honneur de lire et de commenter ce travail.

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Vous avez prêté beaucoup d'attention à mon travail depuis le début et vous m'avez été d'un grand secours du début à la fin de la réalisation de cette thèse.

Soyez assuré, par ces mots, de ma plus profonde reconnaissance et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Benoît Fleury, membre du jury

Praticien Hospitalier, service d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive

Hôpital Haut-Lévêque, CHU de Bordeaux

Membre de la Société Française d'alcoologie

Vous nous faites l'honneur de faire partie de ce jury. Vous avez accepté avec beaucoup d'intérêt d'être présent afin de juger mon travail.

Veillez trouver ici, l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Patricia Gisselaire, membre du jury

Médecin généraliste à Sainte Hélène, en Gironde.

Tu me fais l'honneur de juger mon travail et je t'en remercie.

Tu m'as permis d'appréhender une facette plus féminine de la médecine générale et tu as contribué ainsi à ce que je forge un peu plus mon expérience en tant que praticien.

Merci d'avoir été une oreille attentive quand j'en ai eu besoin.

Sois assurée de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Yannick Emars, directeur de thèse

Chef de service d'alcoologie de l'Hôpital Suburbain au Bouscat

Médecin généraliste et alcoologue

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Tu m'as permis de m'intéresser à l'alcoologie et m'as aidé à garder l'esprit ouvert. Merci pour ta vision des choses. J'ai beaucoup apprécié travailler avec toi durant mes six derniers mois d'internat. Sois assuré de ma reconnaissance.

Je dédie cette thèse,

A Pauline, *ma coquille, parce que tu enchantes ma vie tous les jours. Je t'aime de tout mon cœur.*

A Damien, *mon amour, merci pour ton soutien sans faille et ta patience.*

Merci, aussi, pour tes nombreuses mises au point ! Tu as été un roc inébranlable pendant toutes ces années et ce travail n'aurait jamais vu le jour sans toi.

Tu mets du soleil dans ma vie depuis bientôt 7 ans et il me tarde de vivre encore beaucoup de belles choses à tes côtés.

Tu m'as offert, le 24/08/2014, le plus beau des cadeaux et je t'en serai éternellement reconnaissante. Je t'aime.

A mes parents, *merci pour tout. Vous m'avez donné le goût du travail et de la réussite. Je suis fière de pouvoir vous montrer que vos efforts ont porté leurs fruits. Vous avez toujours été présents dans les bons comme les mauvais moments et vous le serez toujours et pour ça je vous serai éternellement reconnaissante. J'espère continuer à vous rendre fière. Je vous aime.*

A Benjamin, *mon petit frère. Même si la distance nous sépare, je sais que tu es et que tu seras toujours présent dans les moments de joie et de tristesse. Tu fais preuve d'un optimisme à toute épreuve qui fait du bien.*

Je suis fière de l'homme que tu es devenu. Je t'aime.

A Apolline, *merci pour ta gentillesse et ta douceur.*

A Pépé, Mémé, Mamie. *J'espère vous rendre fière.*

A la famille Martial, *pour m'avoir accueillie en votre sein comme à la maison.*

A Léa, *même si la distance nous sépare ces dernières années, je sais que tu es là, jamais très loin. Tu es une amie chère et je suis ravie d'avoir passé toutes ces années de médecine à tes côtés. Vivement que tu rentres en France !!!! Je te souhaite tout le bonheur du monde. Pipo et Chico forever !!!*

A Audrey, *dédé, demodex, dedox, le Sprite. Je suis ravie de te compter parmi mes amis. Tu as toujours su être une oreille attentive dans les moments de doutes et une compagnie enjouée dans les moments de joie. Une nouvelle aventure t'attend et je suis enchantée d'en faire partie. Et félicitations !!*

A Mikhael, *parce que sans toi il n'y aurait jamais eu de Damien Martial dans ma vie ! Parce que c'est dans l'adversité que l'on découvre la valeur d'une amitié et tu as été présent dans les moments les plus durs. Je sais que tu le seras toujours et je t'en remercie du fond du cœur. Merci aussi pour les nombreuses soirées au Taillan-Médoc dont certaines resteront dans les annales !*

A Josselin, *El jojo ! Merci pour ta fraîcheur, ta spontanéité et pour ton amitié indéfectible durant ces années ! Tu es un ami cher et ton optimisme est une qualité précieuse qui fait du bien. Ne change rien !*

A Alice, Yo, Ben, Claire, Eve, Seb *pour votre bonne humeur et votre considération. J'espère vous compter parmi mes amis pendant de longues années encore !*

A mes maîtres de stage, Docteur Aleonard, Laurent, Jourde, Gaynard. *Merci de m'avoir permis d'entrevoir autant de conceptions différentes de la médecine générale, vous m'avez aidé à tracer ma voie.*

A toute l'équipe du Rez-de-chaussée de l'hôpital Suburbain du Bouscat. *Merci pour votre bonne humeur et votre gentillesse. Vous m'avez fait me sentir à la maison pendant six mois. Ce dernier stage d'internat restera parmi mes meilleurs souvenirs.*

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières.....	6
Liste des abréviations	10
I) Introduction:	11
1. Histoire des conduites d'alcoolisation.....	11
2. Données actuelles de la science sur l'usage d'alcool et le mésusage	13
2.1 Définitions.....	13
2.1.1 Le non-usage :	14
2.1.2 L'usage simple:	14
2.1.3 L'usage à risque :.....	14
2.1.4 Les troubles liés à l'usage de l'alcool.....	15
2.1.5 La dépendance.....	15
2.2 Pratiques actuelles dans la prise en charge du mésusage.....	17
2.2.1 Repérage du patient en mésusage	17
2.2.2 Définition des objectifs de prise en charge	20
2.2.3 Prise en charge du mésusage modéré	21
2.2.4 Prise en charge du mésusage sévère.....	22
2.2.5 Modalités du suivi du patient alcoolodépendant après sevrage.....	24
3. Données d'épidémiologie	26
4. Introduction à l'étude.....	27
4.1 Le médecin généraliste face au mésusage.....	27
4.2 L'hôpital suburbain du Bouscat.....	28
4.3 Question de recherche	28
II) Matériel et méthodes	29
1. Description de l'étude.....	29
2. Population étudiée	29
2.1 Méthode de recrutement :	29
2.2 Critères d'inclusion :	30
2.3 Critères d'exclusion :	30
2.4 Cadre de l'étude.....	31
2.5 Elaboration de la grille d'entretien.	31
2.6 Méthode d'analyse des données	35

III) Résultats de l'enquête	36
1. Répartition de l'échantillon	36
1.1 Selon le sexe	36
1.2 Selon l'âge.....	36
1.3 Selon l'ancienneté de la relation avec leur médecin généraliste.....	36
1.4 Selon l'existence d'une discussion autour de la pathologie.....	38
2. Analyse des résultats :	38
2.1 Conditions de réussite de la prise en charge proposée par le généraliste.....	38
2.1.1 Rapidité de la prise en charge.....	40
2.1.2 Orientation vers un milieu spécialisé	41
2.1.3 Orientation vers une structure hospitalière	42
2.1.4 Prise en charge à dimension humaine.....	43
2.1.5 Réponse à un besoin.....	43
2.1.6 Conseils d'abstinence.....	44
2.1.7 Disponibilité temporelle du praticien	44
2.1.8 Prise de décision	45
2.1.9 Respect de la volonté du patient :	46
2.1.10 Proposition de traitement médicamenteux :	46
2.2 Freins a l'aboutissement d'une prise en charge de qualité.....	47
2.2.1 Poursuite de la pris en charge.....	49
2.2.2 Inadéquation entre la volonté du patient et la prise en charge proposée.....	49
2.2.3 Traitement médicamenteux	50
2.2.4 Manque d'information :	51
2.2.5 Manque de disponibilité.....	52
2.2.6 Sentiment de perte de chance.....	52
2.2.7 Confiance.....	53
2.2.8 Sentiment de ne pas avoir été entendu.....	53
2.2.9 Gestion standardisée de la maladie.....	54
2.3 Qualités du médecin généraliste ayant une influence positive sur la prise en charge :	54
2.3.1 Bonne relation médecin-malade.....	56
2.3.2 Empathie :	57
2.3.3 Capacité d'écoute du praticien.....	58
2.3.4 Bienveillance à l'égard du patient	58
2.3.5 Renforcement de la motivation.....	59
2.3.6 Confiance.....	60
2.3.7 Franchise.....	61
2.3.8 Professionnalisme.....	61
2.3.9 Investissement personnel.....	62
2.3.10 Dé dramatisation de la pathologie.....	63

2.3.11	Soutien psychologique.....	63
2.4	Eléments ayant eu un impact négatif sur le déclenchement d'une prise en charge en soins primaires.....	64
2.4.1	Relation médecin-malade	65
2.4.2	Interlocuteur inadapté :.....	67
2.4.3	Peur de nuire à la qualité de la relation :.....	68
2.4.4	Confiance.....	69
2.4.5	Déni supposé de la pathologie	69
2.4.6	Prise en charge inadaptée.....	70
2.4.7	Empathie	70
2.5	Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépendance alcoolique	71
2.5.1	Acceptation de la maladie	72
2.5.2	Initiation d'une démarche de soins	73
2.5.3	Médecin généraliste en premier recours	74
2.5.4	Spécificité de la dépendance.....	74
2.5.5	Aparté :.....	75
IV)	Discussion.....	77
1.	Critique de la méthodologie	77
1.1	Méthode d'échantillonnage	77
1.2	Critique de la méthode de recueil.....	77
2.	Discussion autour des résultats de l'enquête	79
2.1.1	Conditions de réussite de la prise en charge proposée par le médecin généraliste :	79
2.1.2	Freins à l'aboutissement d'une prise en charge de qualité	81
2.1.3	Qualités du médecin généraliste.....	83
2.1.4	Facteurs limitant une prise en charge par le généraliste.....	85
2.1.5	Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépendance alcoolique.	87
V)	Conclusion.....	89
VI)	Résumé	90
VII)	Bibliographie	92
VIII)	Annexes	95
1.	Annexe 1 : Guide d'entretien.....	95
2.	Liste des unités de signification.....	97
2.1	Entretien 1	97
2.2	Entretien 2	98
2.3	Entretien 3	99
2.4	Entretien 4	100
2.5	Entretien 5	102
2.6	Entretien 6	104
2.7	Entretien 7	105

2.8	Entretien 8	106
2.9	Entretien 9	108
2.10	Entretien 10	110
2.11	Entretien 11	112
2.12	Entretien 12	114
2.13	Entretien 13 :.....	115
2.14	Entretien 14.....	118
2.15	Entretien 15.....	120
IX)	Serment d’Hippocrate.....	123

Liste des abréviations

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- AGIR 33 : Réseau Addiction Gironde
- AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test
- CDA : Consommation Déclarée d'Alcool
- CDT : Carbohydre Deficient Transferrine
- CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- GGT : Gamma Glutenyl Transferase
- EBM : Evidence Based Medecine
- FACE : Formule Pour Apprécier La Consommation par Entretien
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IB : Interventions Brèves
- OFDT : Observatoire des drogues et toxicomanies
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SFA : Société Française d'Alcoologie
- TUA : Troubles liés à l'Usage d'Alcool

I) Introduction:

1. Histoire des conduites d'alcoolisation

Les drogues sont utilisées depuis toujours par tous les peuples, sur tous les continents : chanvre en Méditerranée et en Inde, opium en extrême orient, feuilles de coca et tabac aux Amériques... (1).

La liste est loin d'être exhaustive.

L'alcool est lui aussi présent depuis longtemps. En effet, déjà à l'époque de Sumer, trois millénaires avant Jésus-Christ, on le retrouve sur des pictogrammes signifiant bière, brasseur. En Egypte ancienne, on retrouve des stèles représentant la consommation de bière, le repas s'écrit, lui, « pain, bière ».

Au fur et à mesure du temps et des époques, la consommation d'alcool prend de multiples dimensions.

Durant l'Antiquité, en Grèce, le vin semble réservé à une certaine élite intellectuelle et politique. On le boit en symposium, réunions où l'on apprend le « savoir boire », avec modération par opposition à certaines fêtes populaires où le vin coule à flot. Il prend une dimension liturgique permettant des états de transe dont l'objectif est la communion avec les dieux.

En Italie, on retrouve la trace d'une consommation de vin démocratisée. A Pompéi on peut voir, deux mille ans après, des tavernes ensevelies sous les cendres. A Rome se dresse le Monte Testacé, haut de 35 mètres, fait de tessons d'amphores.

Cependant le mode de consommation habituelle de vin est peu représenté.

On connaît grâce aux récits de poètes de l'époque, quelques « alcoolodépendants » célèbres : Marc Antoine ou encore Tibère surnommé Biberius Caldius Mero ce qui signifie buveur de vin pur et chaud (son vrai nom étant Tiberius Claudius Nero).

Le vin arrive en territoire gaulois avec les grecs mais surtout avec la colonisation romaine et est rapidement adopté par les populations locales.

Les premiers vignerons sont des vétérans de la légion romaine qui héritent de terres à exploiter à la fin de leur carrière militaire.

Par la suite et avec l'apparition du christianisme le vin prend une dimension liturgique.

L'extension de la chrétienté permet une culture de la vigne toujours plus vaste. Grâce aux évêques et aux moines, offrir du vin devient un signe de haute position sociale et le symbole de la civilisation s'opposant aux « barbares ».

Longtemps, le vin reste une boisson réservée à une certaine élite sociale par opposition à la bière « boisson des pauvres et des barbares ».

Cet état de fait persiste jusqu'au XVIIIème siècle, période où les conduites d'alcoolisation vont changer.

Avec l'apparition de l'eau de vie, les consommateurs se modifient. Dans les milieux militaires, elle est utilisée comme stimulant pour les soldats.

On assiste donc à une augmentation de la consommation d'alcool, à plus grande échelle et sur un mode chronique les autorités militaires mettant à profit les effets anxiolytiques et désinhibant de l'alcool sur le psychisme des soldats.

Du XVIIème siècle à la Révolution française, le vin et les boissons alcoolisées sont toujours limités aux hautes sphères de la société, limitant les cas d'alcoolodépendance aux privilégiés et leurs domestiques. Ces cas d'alcoolisme sont souvent décrits dans la littérature de l'époque ; Marivaux, Diderot, Beaumarchais dans le Barbier de Séville ou encore Rousseau.

Ces conduites d'alcoolisation disparaîtront par la suite avec l'arrivée de boissons exotiques telles que le thé, le café ou le chocolat. On recherche alors plutôt la stimulation intellectuelle que la désinhibition.

Dans les autres classes populaires, l'alcool consommé est donc le plus souvent de l'alcool trafiqué. Le mode d'alcoolisation est le plus souvent aigu et massif, lors des jours chômés ou à l'occasion de fêtes publiques. Le résultat a des conséquences plus sociales que médicales : violences, débordements, absentéisme professionnel...

L'alcool jouera un rôle important tout au long de la Révolution notamment dans des exactions de masse. Mais rapidement après les événements, il redevient un produit rare et cher et il faudra attendre l'avènement de l'ère industrielle pour que le tableau soit bouleversé.

Avec l'industrialisation, et pour de multiples raisons (progrès de l'agriculture, des méthodes de production et de transport), la production et la vente de boissons alcoolisées se démocratisent. Les classes populaires y voient un réconfort dans les difficultés du quotidien.

Les premières preuves d'une alcoolisation de masse apparaissent en Angleterre avec le développement de l'industrie puis rapidement en France autour des bassins miniers. Dans ces deux nations on assiste en effet à une augmentation des internements dans les asiles d'aliénés et une diminution de l'espérance de vie.

Pendant longtemps par la suite, le corps médical ne s'est pas penché sur les conséquences de l'ivresse ou de la consommation quotidienne. Les consommations irrégulières n'entraînaient pas de complications. L'espérance de vie étant basse, la survenue de conséquences liées à une consommation chronique importait peu. La notion d'alcoolisme au sens de problématique de santé publique n'existait pas. La lutte contre la pollution de l'eau était au premier plan jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle.

C'est ainsi qu'on attribue à l'alcool des vertus antiseptiques, et énergétiques car le vin permettait l'apport de certaines vitamines et de certains minéraux (peu présents dans les régimes alimentaires de l'époque).

Pendant la Première Guerre mondiale, l'alcool gagne encore en prestige car on l'utilise comme une « arme » supplémentaire du fait de ses propriétés désinhibantes et anxiolytiques chez les soldats. Dans l'entre-deux-guerres, on retrouve même des sociétés de médecins, amis du vin, qui plébiscitent la consommation d'alcool (2).

Il faudra attendre les années soixante dix pour voir s'amorcer une diminution de la consommation quotidienne d'alcool et de ses différentes complications, pour en arriver au constat que l'on connaît aujourd'hui (3).

2. Données actuelles de la science sur l'usage d'alcool et le mésusage

2.1 Définitions

La société française d'alcoologie (SFA) définit cinq types de conduites d'alcoolisation (4) :

- le non usage
- l'usage simple ou à faible risque
- l'usage à risque
- l'usage nocif

- l'usage avec dépendance.

Le mésusage regroupe les usages à risque, et les troubles liés à l'usage de l'alcool : usage nocif et avec dépendance.

Les consommations se traduisent alors par des conséquences sociales, psychologiques, médicales.

2.1.1 Le non-usage :

Il correspond à une absence de consommation de boissons alcooliques et/ou alcoolisées.

Il peut être primaire, quand initial (enfants, pré-adolescents) ou du fait d'un choix durable, ou secondaire quand il advient après une période de mésusage.

Le non-usage peut encore être appelé abstinence.

2.1.2 L'usage simple:

Il correspond à toute consommation à la fois asymptomatique et restant inférieure ou égale aux seuils de consommation recommandés en France : Pas plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel, pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme, 14 chez la femme pour l'usage régulier (4, 5, 6).

Le verre-standard est l'unité de mesure. Il correspond à 10 grammes d'alcool pur.

Les conduites d'alcoolisation lorsqu'elles sortent de ces seuils sont regroupées sous le terme générique de mésusage, caractérisé par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels et/ou par la survenue de dommages induits (4).

2.1.3 L'usage à risque :

Il s'agit de la forme la moins sévère du mésusage.

Il correspond à une conduite d'alcoolisation asymptomatique où la consommation n'est pas encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social mais est susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme.

Le risque est défini de deux manières :

- **Risque immédiat**, si le niveau de consommation dépasse le seuil de risque pour l'usage ponctuel. Il est présent en cas de conduites à risque (conduite automobile,

poste de sécurité) mais aussi en cas de risque individuel (consommation de substances psychoactives associée, consommation rapide, pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, situations physiologiques particulières...).

- **Risque différé** ou cumulatif si les consommations dépassent le seuil de risque pour l'usage régulier. Au delà de ce seuil on considère que la morbidité et la mortalité augmentent.

2.1.4 Les troubles liés à l'usage de l'alcool

Ils sont définis par l'existence de symptômes et non par un niveau de consommation spécifique. Les référentiels de définitions sont au nombre de trois: CIM -10 (Classification internationale des maladies), DSM-IV-TR, et DSM-5. Les TUA se définissent par un ensemble de symptômes cognitifs, psychiques et organiques indiquant que le sujet consomme de l'alcool malgré des conséquences sur sa santé en lien avec cette consommation.

Les recommandations de la SFA (4) utilisent les critères de la CIM-10 proposés par l'OMS.

Celle-ci identifie deux entités: l'usage nocif et la dépendance.

Le DSM-IV-TR propose lui aussi un clivage : abus et dépendance.

L'usage nocif et l'abus sont des modes de consommation caractérisés par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool en l'absence de critères de dépendance à l'alcool.

2.1.5 La dépendance

Pour le DSM-IV-TR et la CIM-10, si la dépendance est diagnostiquée, la catégorisation du TUA en abus/usage nocif est rendue impossible.

- **Selon le DSM-IV-TR :**

La dépendance correspond à un mode d'utilisation inadapté, responsable d'une altération du fonctionnement ou d'une souffrance significative caractérisés par au moins trois des critères suivants, sur une période de 12 mois :

Tolérance, sevrage, augmentation de la durée et de la quantité de la substance lors des consommations, désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation, augmentation du temps passé « autour » de la substance (obtention, utilisation, récupération des effets), diminution ou disparition des activités (sociales, professionnelles,

loisirs) à cause de l'utilisation de la substance, poursuite de l'utilisation malgré une connaissance par le sujet des conséquences nocives sur sa santé, tant physique que psychique.

▪ **Selon la CIM-10 :**

Le syndrome de dépendance, doit, pour être diagnostiqué avec certitude, comporter au moins trois des critères suivants, en même temps, au cours de la dernière année :

Désir puissant ou compulsif d'utiliser la substance, difficultés à contrôler l'utilisation, syndrome de sevrage physiologique à la diminution ou à l'arrêt de la consommation et utilisation de la même substance pour soulager ou éviter les symptômes du sevrage, tolérance aux effets de la substance obligeant le sujet à augmenter les quantités pour obtenir l'effet désiré, abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance, poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences nocives (en s'efforçant de faire préciser au sujet qu'il était ou aurait dû être au courant de la nature et de la gravité des conséquences).

On remarque quelques différences de définition mais nous retiendrons de ces deux définitions la notion de perte de maîtrise de la consommation.

Le DSM-5 propose un diagnostic en 11 critères, avec trois niveaux de sévérité en fonction du nombre d'items retenus: faible (au moins 2 critères), moyen (au moins 4 critères), sévère (au moins 6 critères).

▪ **Les items du DSM-5 sont :**

- Difficultés à accomplir ses obligations professionnelles et familiales du fait d'un usage récurrent d'alcool.
- Mise en danger physique en lien avec un usage récurrent.
- Persistance de l'usage malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou amplifiés par les effets de l'alcool.
- Tolérance définie ici par au moins un des deux critères suivants: besoin d'augmenter les quantités pour obtenir l'effet désiré et/ou diminution de l'effet en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.

- Signes de sevrage : présence de symptômes de sevrage en alcool après arrêt ou forte diminution de la consommation et/ou consommation pour éviter les signes de sevrage ou les diminuer.
- Augmentation de la quantité ou allongement de la période de temps de consommation par rapport à ce qui était envisagé.
- Désir important ou efforts infructueux pour arrêter ou contrôler la consommation d'alcool.
- Temps important « autour » de l'alcool : obtention, utilisation, récupération des effets de la consommation.
- Poursuite de l'usage malgré la prise de conscience de l'existence de répercussions récurrentes ou continues des consommations, sur le pan physique et psychique.
- Présence régulière d'un craving (envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool).

On constate la différence avec le DSM-IV-TR et le CIM-10.

Ici il n'y a pas de scission entre usage nocif et dépendance mais plutôt un nivelage du trouble de l'usage.

Malgré tout, on peut voir de nombreuses similitudes dans les définitions des items.

Le gradient de sévérité du DSM-5 est aujourd'hui consensuel. Cependant les recommandations utilisent comme référence, les critères du CIM-10.

2.2 Pratiques actuelles dans la prise en charge du mésusage.

2.2.1 Repérage du patient en mésusage

La prise en charge d'un mésusage est complexe du fait de la difficulté de repérage de ce type de conduite d'alcoolisation.

Plusieurs éléments sont à la disposition du praticien :

▪ **Questionnaires :**

Pour permettre le repérage précoce, le médecin peut s'appuyer sur des questionnaires sélectionnés par la SFA dans ses recommandations de bonnes pratiques (4).

L'AUDIT-C comporte trois questions. Il permet un repérage des consommations excessives et d'évoquer une dépendance en fonction du score (3).

Dans sa forme complète, de dix questions, (AUDIT pour *Alcohol Use Disorder Identification Test*), il permet de préciser les répercussions de la consommation d'alcool (4).

Il est reconnu comme un outil intéressant en pratique ambulatoire (7).

Cependant, certaines études récentes, montre à l'inverse des difficultés à l'utilisation. La forme complète de l'AUDIT est plus adaptée à l'auto-évaluation (8).

Le questionnaire FACE dérivé d'une version simplifiée de l'AUDIT permet d'explorer en plus la perte de maîtrise (3).

Ces questionnaires servent au repérage du mésusage. Ils ne sont pas dédiés au diagnostic.

▪ **Signaux évocateurs :**

Les troubles sociaux (conjugaux, familiaux, professionnels) et comportementaux sont parmi les signes les plus précoces et les plus repérables (3, 4).

Des troubles cliniques liés à une consommation d'alcool excessive doivent être recherchés. Cependant selon la sévérité du mésusage, ils sont plus ou moins évocateurs. Il conviendra donc de rechercher en cas de suspicion de mésusage :

- Des plaintes somatiques dont l'association en l'absence de cause évidente doit faire rechercher un trouble de l'usage d'alcool (fatigue, nervosité, troubles de l'humeur, du sommeil, nausées, reflux gastro-oesophagien, douleurs diverses...).
- Des signes physiques tels que hypertension artérielle, volontiers résistante, hépatomégalie, tremblements des extrémités.

De manière générale, plus le repérage est précoce, moins le tableau clinique est significatif. Ces signaux évocateurs doivent donc alerter le praticien.

Problèmes de santé et retentissement sur l'environnement direct du sujet, doivent faire penser à un mésusage. Ceci d'autant plus que les troubles se répètent fréquemment et que la responsabilité est imputée aux autres.

- **Bilans biologiques :**

Il existe trois marqueurs biologiques utiles pour repérer une alcoolisation chronique :

Volume globulaire moyen (VGM), gamma glutamyl transférase (GGT) et carbohydre déficient transferrine (CDT).

Ce sont des examens utiles en pratique courante. Ils peuvent aider à aborder le sujet de la consommation d'alcool. Pris isolément, ils sont peu sensibles. C'est leur combinaison par contre qui permet d'augmenter la sensibilité (10). Ils ne permettent cependant pas de faire la différence entre usage à risque, usage nocif et dépendance. De plus, ils peuvent être perturbés dans plusieurs autres pathologies.

Il existe d'autres marqueurs biochimiques utiles, mais ils ne sont pas spécifiques du mésusage: triglycéridémie augmentée, thrombopénie, uricémie.

Si un mésusage est suspecté il conviendra d'en préciser la sévérité avec les échelles citées précédemment (DSM-5 par exemple) (4).

Il conviendra par la suite de se livrer à une évaluation globale du patient ayant un trouble avec l'alcool afin de déterminer les objectifs attendus de la prise en charge.

Cette évaluation se fait en plusieurs points (3, 4) :

- **évaluation addictologique :**

Le praticien peut utiliser la CDA ou consommation déclarée d'alcool.

Elle est évaluée en nombre de verres standard. Le patient évalue sa consommation sur les sept derniers jours. Plus que la quantité d'alcool consommé, c'est le dépassement des « seuils » qui compte. Cette méthode se heurte au biais de mémoire et très souvent à une sous-

estimation des consommations chez le patient, ce qui en fait une méthode utile mais qui ne peut être exclusive pour poser un diagnostic de mésusage.

Le calendrier des consommations est un outil intéressant car il est prospectif.

Il consiste à demander au patient de noter jour après jour, ses consommations, en verre-standard, après lui avoir remis un guide des correspondances.

Il convient aussi d'évaluer la sévérité des conduites d'alcoolisation afin d'en mesurer le retentissement individuel. Son intensité est un bon facteur prédictif de rechute.

- **évaluation somatique:**

Elle correspond à la recherche des complications liées au mésusage mais aussi des pathologies intercurrentes susceptibles d'influer sur les objectifs.

- **évaluation neuropsychiatrique:**

Il convient de rechercher les comorbidités psychiatriques du patient. L'évaluation doit être refaite après une période d'abstinence. Il convient aussi de faire la lumière sur les autres conduites addictives.

- **évaluation sociale:**

Difficultés d'ordre familial, professionnel, social qui seront aussi des éléments à considérer dans les objectifs de prise en charge.

- **qualité de vie :**

Elle est importante à considérer car est un des moteurs de la demande d'aide et de ses modalités.

- **motivation du patient :**

Elle est essentielle à une bonne prise en charge.

2.2.2 Définition des objectifs de prise en charge

L'amélioration de la qualité de vie du patient est l'objectif principal. Les objectifs de consommation doivent être impérativement discutés avec le patient, en accord avec son désir.

Cependant il faut veiller à la réduction des risques et des dommages en lien avec la sévérité du mésusage.

Le traitement cible donc d'abord le changement des habitudes de consommation et sa stabilisation avant l'amélioration de la situation du patient quand la situation clinique semble le justifier. Un mésusage sévère par exemple sous entendra quasi systématiquement un objectif idéal d'abstinence (4).

Sur le plan médical, et compte tenu de l'expérience, on retiendra deux objectifs en fonction de la sévérité du trouble :

- **réduction des consommations** si le mésusage est modéré,
- **abstinence** si le mésusage est trop sévère pour envisager la réduction des consommations.

L'objectif de consommation peut aussi évoluer dans le temps avec une navigation possible entre les deux types d'objectifs, en fonction des besoins liés à la situation du patient d'une part, de ses désirs d'autre part (3, 4).

La prise en charge du mésusage, quels que soient les objectifs choisis, devra s'intégrer dans une alliance thérapeutique avec le patient pour être optimale et efficace (4).

2.2.3 Prise en charge du mésusage modéré

Elle vise la réduction des consommations excessives en deçà du seuil de dangerosité.

Elle intervient après une phase de repérage.

Elle repose sur l'intervention brève (IB) et les interventions psychosociales (entretien motivationnel notamment).

Dans les recommandations de 2015, l'IB prend plusieurs formes et s'applique dans des contextes variés (4).

Elle peut être courte ou plus longue, reprenant des éléments de thérapies comportementales et de l'entretien motivationnel, unique ou répétée.

Il n'a pas été montré de supériorité des IB longues sur les IB courtes. (4, 8)

L'IB est une technique qui a fait ses preuves sur la réduction de la mortalité liée à l'alcool or, elle est encore peu répandue en médecine ambulatoire de soins primaires (4, 8, 9, 11, 12, 13).

Quelques études font état d'une difficulté à y avoir recours en routine (8, 11), d'autres mettent en avant ses limites en terme d'efficacité, notamment à long terme (7, 8, 9).

Il existe un grand besoin de formation des professionnels de santé en soins primaires.

Sur le plan médicamenteux, aucun traitement n'a d'indication dans ce cas de figure. Ils ne sont indiqués que chez les personnes dépendantes (4, 14).

L'objectif sera la réduction de la consommation en deçà des seuils définis par l'OMS. Cet objectif, et surtout le chemin pour y parvenir, devront être adaptés au cas par cas.

2.2.4 Prise en charge du mésusage sévère

Le mésusage sévère selon le DSM-5 rejoint les critères de la dépendance du CIM-10.

Nous parlerons de dépendance. .

Plus le trouble est grave, plus l'abstinence prolongée pourra être nécessaire (3,4). Il est en effet difficile dans des cas sévères d'obtenir une réduction contrôlée de la consommation chez ce type de patients.

La prise en charge thérapeutique du patient alcoolodépendant doit être globale, médicamenteuse, psychologique et sociale, mais surtout elle doit s'inscrire dans la durée, avant, pendant et après cette phase généralement incontournable qu'est le sevrage. Elle doit s'enquérir des besoins et des choix du patient (4).

Les signes cliniques du syndrome de sevrage sont variables. La plupart du temps ils sont caractérisés par des troubles psychiques, subjectifs (anxiété, agitation, irritabilité, troubles du sommeil), des troubles neurovégétatifs (sueurs, tremblements, tachycardie hypertension artérielle), des troubles digestifs (anorexie, nausées, vomissements).

Si le tableau se prolonge, il peut s'aggraver ou se compliquer de signes de confusion, d'hallucinations, de convulsions, d'hyperthermie ou encore d'un tableau de delirium tremens.

Ce syndrome de sevrage est résolutif spontanément ou sous traitement, en 2 à 5 jours.

Des traitements médicamenteux peuvent être utilisés. (benzodiazépines de demi-vie longue type diazepam notamment). Ils ont pour but de diminuer les symptômes et de lutter contre la

survenue de complications. Une persistance des troubles au delà de cinq jours, doit faire évoquer d'autres addictions associées, en particulier aux benzodiazépines.

Une supplémentation vitaminique en thiamine se discute au cas par cas.

L'objectif du sevrage est défini comme « l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool ».

Il assure la prévention et le traitement des symptômes et complications liés à un arrêt brutal de l'alcool.

Dans tous les cas il n'existe pas de contre-indication formelle au sevrage.

Il existe certaines situations où le sevrage pourra être imposé : décision judiciaire, milieu carcéral.

Quand le sevrage est décidé, il est de deux sortes : soit ambulatoire, soit résidentiel (4).

Il nécessite une prise en charge médicalisée, regroupant plusieurs intervenants : médecins généralistes, alcoologues, autres spécialistes médicaux, infirmières libérales, travailleurs sociaux (quand la situation du patient le nécessite (isolement social, précarité)).

Le rôle du médecin de soins primaires et donc du généraliste prend tout son sens dans ce contexte.

Le sevrage ambulatoire est conseillé en priorité sauf en cas de contre indication (cf. infra)

Il sera intéressant en cas de syndrome de sevrage modéré (par opposition au syndrome de sevrage sévère) et permet au patient une participation active. Il faut assurer une surveillance étroite du patient du fait du risque de complications pendant une semaine. (3)

Le sevrage ambulatoire sera contre indiqué dans les cas suivants :

- syndrome de sevrage sévère
- antécédent de delirium tremens et/ou de crise convulsive tonico-clonique généralisée,
- affection somatique justifiant l'hospitalisation
- affection psychiatrique, codépendance associée
- entourage peu/ pas coopératif.
- Isolement social

En cas de contre-indication, le sevrage sera réalisé dans une structure hospitalière. On parle de sevrage résidentiel. Celui-ci permet une surveillance continue, la réalité du sevrage et la bonne observance des traitements. Il assure un entourage au patient.

La réalisation ambulatoire du sevrage alcoolique est à privilégier (sauf contre-indications) faisant des médecins généralistes des acteurs importants de la prise en charge.

- Thérapeutiques médicamenteuses de la dépendance

Il existe actuellement cinq molécules. Trois ont une indication dans le maintien de l'abstinence après sevrage (3, 4, 8, 14) :

Ils sont autorisés chez les patients dépendants :

- la naltrexone, dans la prévention de la rechute ; elle prévient le « dérapage » en cas de consommation accidentelle
- l'acamprosate, dans le maintien d'une abstinence stricte
- le disulfirame, à réserver aux patients visant l'abstinence de par ses effets aversifs en cas de prise d'alcool.

Un médicament, le nalméfène, est indiqué dans la réduction de consommation des patients alcoolodépendants (4, 15).

Nous citons le Baclofène, de plus en plus prescrit sous couvert d'une prescription encadrée par une RTU et le gammahydroxybutyrate (GHB) actuellement en cours d'étude en France et en Europe (4).

2.2.5 Modalités du suivi du patient alcoolodépendant après sevrage

Selon la Haute Autorité de Santé et la SFA, le suivi du patient dépendant après sevrage peut faire appel à différents moyens d'accompagnement (4). Soutien psychologique, thérapies cognitivo- comportementales, groupes d'entraides, de manière non exhaustive. Les acteurs et les modalités du suivi sont là aussi multiples : médecin généralistes, dispositif ambulatoire spécialisé en alcoologie (alcoologues libéraux, CSAPA, réseaux), hospitalisations longues

« post-cures », ou partielles, réseaux en lien avec d'autres addictions. Là aussi la liste n'est pas complète.

On retiendra qu'il est recommandé de faciliter la mise en place d'un réseau d'intervenants autour du patient, selon son désir et selon un projet de soins établi au début de la prise en charge (4).

3. Données d'épidémiologie

En France, selon le baromètre santé 2015, 46,9 millions de personnes consomment de l'alcool (16).

On considère que 10% des adultes entre 25 et 64 ans ont un problème avec l'alcool (17).

A l'heure actuelle, la consommation d'alcool en France dépasse un peu la moyenne européenne.

Cependant l'alcool est encore responsable de 49000 décès par an, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac (3).

Depuis les années soixante-dix, on observe une nette décroissance de la consommation d'alcool dans notre pays avec récemment une prise de conscience accentuée de l'opinion publique des risques sanitaires, liés à l'alcool (2, 3, 19).

En effet, d'après l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), en 2013, 11% des français déclarent considérer l'alcool comme dangereux dès la première expérimentation et 11% en cas de consommation occasionnelle versus 5% et 1% en 2002. Pour 74% des français en 2013, la consommation devient dangereuse lorsqu'elle est quotidienne (19).

L'opinion publique évolue dans le sens d'une prise de conscience plus importante du risque « alcool ».

Malgré tout, 1 patient sur 5 est en difficulté avec l'alcool. En 1991, la prévalence totale des malades de l'alcool estimée par les généralistes, était de 19,5% (1). En 2007, une étude régionale retrouvait que presque la moitié des patients à risque étaient méconnus de leur médecin traitant (11).

C'est dire les difficultés de repérage des patients à risque.

4. Introduction à l'étude

4.1 Le médecin généraliste face au mésusage

Le médecin généraliste est le pivot de la prise en charge. Ce constat s'applique à tout mésusage (4, 6).

Il est, par définition, la première personne ressource pour le patient et son entourage.

Il permet un accompagnement dans la durée avant, autour et après la mise en place d'une prise en charge du mésusage.

Son rôle est multiple et commence au stade du repérage du mésusage.

Cette démarche du repérage est compatible avec une activité de médecine générale. Elle doit être systématique, idéalement, pour toute situation clinique de soins primaires : nouveau patient, réactualisation de dossiers médicaux, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées..., a fortiori quand la situation clinique contre-indique la prise d'alcool. Elle se doit d'être renouvelée régulièrement (3).

Pour cela, il peut utiliser les questionnaires AUDIT-C et FACE, pratiques en médecine de ville (3, 4, 6, 8).

Quand le diagnostic du mésusage est posé, selon le type, le médecin généraliste pourra mettre en place une prise en charge, après avoir convenu des objectifs thérapeutiques avec son patient.

Si la réduction des consommations est décidée, il pourra aider son patient par la prescription de molécules telles que le nalmefène et le baclofène.

Si l'abstinence est choisie, dans la mesure du possible, un sevrage ambulatoire sera réalisé.

Si la situation l'exige, ou si le médecin généraliste ne se sent pas en mesure de prendre en charge le patient, il pourra envisager le recours à des intervenants spécialisés. Son rôle sera alors d'orienter le patient avec pertinence (4). En Aquitaine, les centres dédiés peuvent être recherchés via le site www.addictoclic.com.

La démarche du médecin généraliste devra dans tous les cas reposer sur une alliance thérapeutique avec son patient basée sur une relation de qualité, empathique et soutenante (4).

4.2 L'hôpital suburbain du Bouscat

Il est le lieu de l'étude. Les patients sont reçus en hospitalisation pour un sevrage physique après un entretien avec un professionnel de l'addictologie (médecin alcoologue ou infirmière spécialisée). Le sevrage concerne des patients dépendants souhaitant une abstinence totale, tout du moins c'était le cas lors de la réalisation de l'étude. L'hospitalisation dure 7 jours en cas de sevrage alcoolique simple, 15 jours pour un sevrage complexe (comorbidités associées, coaddictions).

La sortie se fait vers le domicile avec mise en place d'un suivi ambulatoire ou vers une poursuite des soins dans un établissement de soins de suite et réadaptation, au cas par cas.

4.3 Question de recherche

De quelle façon le médecin traitant influence t-il la mise en place des soins pour la dépendance à l'alcool selon l'opinion de patients en sevrage résidentiel?

Notre hypothèse est que le médecin généraliste a permis l'initiation d'une prise en charge de la dépendance par ses qualités humaines et son savoir-faire.

L'objectif principal de l'étude sera de recueillir le ressenti de patients alcoolodépendants sur la place de leur médecin traitant dans l'initiation de leur démarche de soins.

Secondairement nous étudierons les facteurs associés à la réussite ou à l'échec de la prise en charge quand elle a été proposée.

II) Matériel et méthodes

1. Description de l'étude.

Il s'agissait d'une **enquête qualitative** réalisée au moyen **d'entretiens individuels semi-structurés** (encore appelés entretiens semi-directifs).

Pour mener à bien cette démarche, nous avons élaboré une grille de questions visant à évaluer au mieux, et si possible dans sa globalité, le ressenti du patient.

2. Population étudiée

Nous avons décidé pour cette étude, de cibler un seul type de population, à savoir, les patients souffrant d'une dépendance à l'alcool, hospitalisés pour la première fois en service d'alcoologie pour la réalisation d'un sevrage physique.

2.1 Méthode de recrutement :

Avant le recrutement, nous avons déterminé plusieurs variables pertinentes, que nous avons estimé susceptibles d'influencer les réponses aux entretiens. Ainsi, nous avons tenté de recruter les patients selon plusieurs critères :

- âge
- sexe
- ancienneté de la relation avec le médecin traitant.

Ces variables ont été ensuite discrétisées c'est à dire divisées, en classes pertinentes selon le schéma suivant :

- Pour le sexe :
 - Masculin
 - Féminin

- Pour l'âge :
 - moins de 25 ans

- entre 26 et 44 ans
 - entre 45 et 64 ans.
 - Plus de 65 ans.
- Pour finir, l'ancienneté de la relation avec le médecin traitant :
 - moins d'un an
 - moins de 5ans
 - moins de 10 ans
 - plus de 10 ans.

Nous avons sélectionné au total quinze patients en essayant au maximum d'équilibrer leur répartition dans les différentes variables pertinentes.

Les patients étaient sollicités par le Dr Emars lors de leur hospitalisation dans le service, et je les rencontrais au cours de cette même hospitalisation pour leur expliquer le projet d'étude et pour m'assurer de leur participation.

2.2 Critères d'inclusion :

Les patients ont été recrutés en fonction de leur nouveauté dans le parcours de soins. Cette décision a été prise dans le but d'éviter le plus possible les biais de mémoire, intrinsèques à ce type de recueil. Nous avons donc ciblé la sélection de l'échantillon en incluant seulement les patients en hospitalisation pour un premier sevrage hospitalier ou en consultation dédiée d'alcoologie pour la première fois.

2.3 Critères d'exclusion :

Nous avons donc décidé d'exclure de l'étude, les patients ayant déjà été hospitalisés pour une prise en charge médicale liée à l'alcool ou ayant déjà été inclus dans un parcours de soins de leur alcoolodépendance qu'il soit hospitalier ou ambulatoire . Ainsi les patients en suivi ambulatoire de leur addiction et les patients venant pour au moins une deuxième hospitalisation n'ont pas été sélectionnés pour cette étude. Nous avons aussi décidé de ne pas

inclure les patients ne pouvant pas répondre aux questions (troubles cognitifs, troubles psychiatriques graves, personnes ne maîtrisant pas la langue française...)

2.4 Cadre de l'étude.

Les entretiens avaient lieu au sein de l'hôpital Suburbain, dans un bureau isolé des services hospitaliers, endroit que nous avons choisi pour sa neutralité et son calme (20).

Les entretiens ont été menés par moi-même, en tête à tête avec chaque patient. L'enregistrement des données se faisait par un dictaphone.

Un accord de principe était demandé à chaque patient avant l'entretien au moment du recrutement, et la demande était renouvelée en début d'entretien afin de s'assurer du bon vouloir du patient. J'expliquais à chaque patient que ses propos seraient anonymes.

Les patients interviewés étaient hospitalisés pour sevrage et l'entretien avait lieu, 2 à 3 jours après le début d'hospitalisation afin de leur permettre de passer la phase la plus symptomatique de sevrage physique (4).

Le recueil des données a eu lieu entre le mois d'avril et le mois de juin 2013.

2.5 Elaboration de la grille d'entretien.

Le questionnaire a été élaboré par mon directeur de thèse, médecin généraliste et alcoologue et moi-même en collaboration avec la psychologue du service d'alcoologie spécialisée dans la prise en charge des patients souffrant d'alcoolodépendance.

Pour construire cette grille d'entretien, nous avons réfléchi au contenu des différentes questions.

Le but étant d'explorer la perception du patient quant au rôle joué par son généraliste, nous avons identifié trois aspects importants de la relation entre ces deux protagonistes :

- la question a-t-elle pu être abordée ?
- quelle a été, selon le patient, l'attitude de son médecin ?
- le médecin a-t-il joué un rôle dans la démarche de soins ?

Ces trois aspects nous ont paru être à même de répondre à la question de recherche.

La grille d'entretien initiale comportait huit questions. La première question était une question fermée, les sept autres des questions ouvertes, chacune accompagnée de questions intermédiaires permettant de recueillir le maximum d'informations.

Cette grille d'entretien a été remaniée par la suite en fonction des premiers entretiens.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, nous avons décidé de créer, au maximum, de bonnes conditions d'entretien. Le constat de base étant que parler d'alcool est une chose difficile et cela, d'autant plus avec une personne inconnue du patient.

Je me présentais donc au patient, lui expliquant ma profession de médecin généraliste, et le but de ma démarche, c'est à dire réaliser un travail de recherche me permettant de valider mon doctorat. Après ces formules de présentation, je lui posais donc des questions d'état civil, je me renseignais sur ses antécédents médicaux, et parfois je l'interrogeais sur la qualité du séjour en service d'alcoologie. Toutes ces questions n'ayant qu'un seul but, la **mise en confiance** du patient vis à vis de moi-même.

Après ces formules d'usage mais indispensables au bon déroulement de l'entretien, car elles créent le lien, il fallait donc amener la discussion sur le médecin généraliste ; pour cela, nous avons envisagé une question directe :

- Avez vous parlé d'alcool avec votre médecin traitant ?

Cette question visait à orienter les patients selon leur décision ou non, d'aborder leur pathologie avec leur médecin.

Il s'agissait donc d'une question fermée n'appelant qu'une réponse par oui ou par non, et permettait donc de classer les patients en deux catégories de « répondants », ceux qui répondaient oui et ceux qui répondaient non.

Pourquoi ce clivage ?

Afin de pouvoir par la suite hiérarchiser notre analyse.

Nous avons comme hypothèse que les thèmes abordés par les patients en fonction de cette division ne seraient pas les mêmes et donc que l'évaluation de leur ressenti n'en serait que plus complète.

▪ **Réponse affirmative à la première question :**

Si la réponse à la question 1 était affirmative, la suite du questionnaire cherchait à retracer le contenu de l'entretien entre le patient et son médecin généraliste.

Ainsi à travers la seconde question posée, nous cherchions à savoir qui des deux protagonistes avait abordé la question de l'alcool en premier.

L'intérêt de cette question était purement statistique et elle n'a pas été maintenue par la suite. Elle a été retirée du canevas de l'entretien après le troisième patient.

A travers la troisième question, nous cherchions à situer l'entretien avec le médecin généraliste. Le but était de faire appel au souvenir du patient, avec comme hypothèse que l'entretien avait été suffisamment marquant pour être retenu par le patient. Pour situer le contexte de l'entretien, au cours de la réponse apportée à cette question, nous avons décidé d'incorporer des questions de relance explorant le lieu, la durée, et les circonstances de l'entretien.

Afin de préciser la réalité de la discussion, nous avons décidé, toujours dans le contexte de l'exploration du contenu de l'entretien, de poser aux patients deux autres questions de relance:

- que lui avez-vous dit ?
- que vous a-t-il dit ?

Ceci dans le but d'explorer les techniques d'abord du sujet et la sémantique utilisée par chacun des protagonistes. Cette question n'ayant pas pour but de répondre directement à notre question de recherche, mais nous pensions qu'elle permettait d'apporter un éclairage sur la réalité de la discussion sur l'alcoolodépendance en médecine générale.

Par la suite, nous avons imaginé une quatrième question, ouverte, explorant le ressenti du patient lors de l'entretien quant à l'attitude de son médecin généraliste, nous cherchions à

recueillir son opinion, sa perception de l'attitude de son généraliste dans un moment décisif pour lui.

La cinquième question explorait la prise en charge thérapeutique proposée par le médecin à son patient pour le soin de son alcoolodépendance. Dans le même temps, nous voulions avoir son point de vue quant à cette prise en charge. Nous donnions à cette question, un intérêt dans l'exploration des pratiques en médecine générale.

A travers la dernière question de cette catégorie de « répondants », nous voulions explorer l'opinion du patient sur le caractère déterminant, dans la décision de soin, de l'entretien avec son médecin généraliste.

Dans cette question, nous explorions la place tenue par le médecin généraliste dans la prise en charge, à travers son patient.

- **Réponse négative à la première question :**

Si le patient n'avait pas abordé le sujet de l'alcool avec son médecin généraliste, nous lui posions alors trois questions ouvertes :

La première question cherchait à savoir pour quelles raisons le sujet n'avait pas été abordé. Là aussi, l'objectif était de répondre le plus précisément possible à notre question de recherche.

Afin de préciser cette réponse nous avons, à travers une question de relance, cherché à définir les facteurs limitants pour le patient.

Enfin la dernière question, visait à recueillir et comprendre, les attentes du patient par rapport à son médecin à propos du sujet « alcool ». Cette question là ayant pour but d'entrevoir les perspectives possibles d'évolution des pratiques de soins primaires.

A la fin de l'entretien, je remerciais le patient pour sa participation et l'assurais de nouveau de l'anonymat de sa participation.

2.6 Méthode d'analyse des données

Après avoir recueilli les entretiens, je les retranscrivais de manière manuscrite sur un fichier informatique à l'aide du logiciel Word 2010.

La retranscription des entretiens s'est faite mot à mot, en essayant de retranscrire le plus fidèlement les aspects non verbaux. Les données ainsi obtenues sont appelées verbatim.

Dans le souci d'une bonne analyse, les aspects non verbaux ont été schématisés comme ceci :

- Les pauses longues sont représentées comme ceci (...)
- Les propos appuyés, sur lesquels les patients ont insisté sont soulignés
- Les paroles vives sont en majuscules
- Les modifications du schéma corporel et l'analyse tonale susceptibles d'influencer l'analyse sont en italique

L'analyse de ces verbatim a été réalisée par moi même après chaque séance d'entretien. Ils étaient ensuite découpés en unités de signification, regroupées elles-mêmes en occurrences qui ont été finalement regroupées en thèmes, selon une technique d'analyse de contenu thématique (19).

III) Résultats de l'enquête

1. Répartition de l'échantillon

1.1 Selon le sexe

L'échantillon comptait 15 participants répartis en 60% (= 9) de femmes, et 40% (=6) d'hommes.

1.2 Selon l'âge

Parmi les participants 47% (=7) avaient un âge compris entre 25 et 45 ans, 47% avaient un âge compris entre 45 et 65 ans. Un patient était âgé de 66 ans.

Aucun des participants n'avaient moins de 25 ans.

1.3 Selon l'ancienneté de la relation avec leur médecin généraliste

La durée de la relation avec le généraliste était répartie comme ceci :

Un patient (6,6%) connaissait son médecin depuis moins d'un an (3mois), 5 (33,3 %) depuis moins de 5 ans, trois (20%) depuis moins de 10 ans et 6 (40%) depuis plus de 10 ans.

La saturation des données a été obtenue après 13 patients. Nous avons réalisé deux interviews supplémentaires afin de nous en assurer. Nous avons donc arrêté le recueil au bout de 15 entretiens.

Voici, sous la forme d'un tableau, la répartition des participants selon l'âge, le sexe, et l'ancienneté de la relation avec le médecin traitant:

Figure 1 : Caractéristiques des 15 patients de l'étude

Patient	Age	Sexe	Relation avec le médecin traitant
Patient 1	40	Femme	< 5ans
Patient 2	38	Homme	>10 ans
Patient 3	44	Femme	< 5ans
Patient 4	39	Homme	> 10 ans
Patient 5	35	Femme	< 10 ans
Patient 6	66	Homme	> 10 ans
Patient 7	45	Femme	< 5 ans
Patient 8	38	Homme	> 10 ans
Patient 9	35	Femme	> 10 ans
Patient 10	55	Femme	< 5 ans
Patient 11	59	Homme	< 10 ans
Patient 12	51	Homme	< 1 an
Patient 13	47	Femme	> 10 ans
Patient 14	58	Femme	> 10 ans
Patient 15	38	Femme	< 5ans

1.4 Selon l'existence d'une discussion autour de la pathologie

Parmi les participants, 12 (80%) ont parlé d'alcool avec leur généraliste, 3 (20%) n'ont pas abordé le sujet.

2. Analyse des résultats :

Lors de l'analyse des entretiens, nous avons pu obtenir 461 unités de signification. Nous avons regroupé ces unités de signification en occurrences que nous avons ensuite, classées par thèmes :

- **conditions de réussite de la prise en charge par le généraliste,**
- **freins à l'aboutissement de la prise en charge proposée,**
- **attitude des généralistes pendant la consultation**
- **facteurs limitant l'initiation d'une prise en charge par le généraliste,**
- **place des médecins généralistes dans la prise en charge de l'alcoolodépendance.**

Pour chaque thème, nous avons compilé les résultats dans un tableau.

Afin de permettre une meilleure compréhension, nous avons cité les unités de signification les plus représentatives du thème, avec en indice, le numéro du patient (px) qui les a verbalisées. Ceci afin de pouvoir mettre en résonance, quand cela est possible, les propos des patients et leurs caractéristiques.

Voici donc thème par thème les résultats de notre enquête :

2.1 Conditions de réussite de la prise en charge proposée par le généraliste.

A travers ce thème, nous avons pu mettre en évidence quels ont été, selon les patients, les éléments positifs qui ressortent de la prise en charge telle que proposée par le médecin généraliste.

Sont ressorties dix occurrences :

- **rapidité de la prise en charge**
- **orientation vers un milieu spécialisé**
- **orientation vers une structure hospitalière encadrante**
- **dimension humaine de la prise en charge proposée**
- **réponse à un besoin exprimé par le patient**
- **conseil d'abstinence**
- **disponibilité du praticien**
- **attitude décisionnaire**
- **respect de la volonté du patient**
- **proposition de traitement médicamenteux**

Occurrences	Unités de signification
Rapidité de la prise en charge	4, 28, 32, 36, 87, 90, 99, 104, {123}, 138, 139,140, 161, 308, {325}
Orientation vers un milieu spécialisé	1, 4, 7, 12, {19}, 29, 48, 51, 57, {67} 75, 77, 89, 100, 101, 103, 133, 134, 136, 137, 141, 159, 161, 162, {164}, 192, 194, 195, 196, 205, {208}, 272, 282, 284, 293, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 320, 324, {332}, 384, 391, 395, 399, 401, {410}
Orientation vers une structure hospitalière encadrante	12, {19}, 51, 57, 58, 75, 87, 88, 89, 93, 101, 112, {126} 142, 159, 160, 205, 293, 305, 306, 309, 320, {331}

Importance d'une prise en charge à échelle humaine	88, {125}, 162, 205, 306
Réponse à un besoin	31, 79, 80, 188
Conseils d'abstinence	34, 114, 116, 117, 157, 158
Disponibilité temporelle du praticien	22, 27, 30, 37, 38, 111
Prise de décision	47, 148, 149, 264, 271, 276, 283, 284, 288, 291, 293, {295},{296}, 386, {409}, 393, {411}, {412}
Respect de la volonté du patient	86, 112, {208}, {209}, 303, 305, 310, 319, 320, 324, {332}, {333}, 388, 396, 397
Proposition de traitement médicamenteux	44, 51,

2.1.1 Rapidité de la prise en charge

Un des patients a clairement exprimé l'importance d'une prise en charge rapide à partir du moment où sa volonté de soins était en place :

- p4 : « Ca a été vite mais c'est vrai que quand on se lance dans ces démarches, on a pas envie que ça traîne. »

Certains patients ont illustré l'attitude adaptée de leur généraliste qui a eu une réaction rapide:

- p2 : « De suite le traitement. »
- p4 : « Et puis il m'a prescrit des anxiolytiques et puis après on a cherché une structure capable de m'accueillir le plus rapidement possible, et puis... »
- p6 : « Il m'a conseillé de suite de prendre rendez-vous avec l'alcoologue. »

Un patient a exprimé ses difficultés liées au délai de prise en charge trop long, entre le démarrage des soins par le médecin généraliste et la consultation dédiée en alcoologie :

- p6 : « Le problème c'est que j'ai pris rendez vous il y a deux mois, mais évidemment le docteur E. m'a reçu quand il pouvait évidemment. Donc j'ai a peu près eu deux mois, voilà (...).Deux mois difficiles. »

2.1.2 Orientation vers un milieu spécialisé

Tous les patients interrogés ont été pris en charge en milieu spécialisé.

Concernant ceux qui ont abordé le sujet de leur dépendance avec leur médecin généraliste, plusieurs ont déclaré avoir été orientés en secteur spécialisé, indépendamment du type de structure :

La patiente p1 : « Il a tout de suite eu la réaction de m'envoyer vers ce thérapeute. Ça s'est passé comme une consultation classique, et de là, il m'a donné une adresse et m'a dirigé vers Lesparre. Voilà. Il pensait qu'un suivi beaucoup plus cadré avec des gens qui travaillent sur l'addictologie tous les jours était beaucoup plus intéressant pour moi. *{Hoche la tête en signe d'approbation}*. »

- p2 : « Ensuite il m'a fait prendre rendez-vous avec le docteur B. alcoologue. »
- p6 : « Il m'a conseillé de suite de prendre rendez-vous avec l'alcoologue. »
- p11 : « Elle m'a dit : « Je prends rendez-vous à Cenon, à l'ANPAA. ».

- p14 : « Il a délégué tout de suite, il a pas insisté. »

Parmi les patients, quatre ont illustré avoir apprécié cette orientation:

- p1 : « Très bien. De là il m'a dirigé vers un thérapeute sur Lesparre qui m'a suivi un petit peu avec une psychologue et un gastro-entérologue. »
- p3 : « Est-ce que j'étais d'accord pour un traitement, pour une hospitalisation, ainsi de suite. J'ai dit que oui ; je trouve qu'elle m'a bien prise en main et que c'est un bon médecin traitant. »
- p6 : « Donc il m'a dit que la seule façon d'en sortir c'était effectivement d'aller voir un alcoologue et d'essayer de traiter cette addiction dans les conditions évidemment où j'aurai une prise en charge. Donc il m'a conforté dans cette idée. »
- p8 : « Et puis c'est grâce à ça que je suis arrivé ici. Voilà, mais c'est lui qui m'a orienté. Là je pense avoir trouver ici les bonnes personnes pour m'aider et j'espère en sortant, ne plus jamais toucher une goutte. »
- p6 : « Je suis dans un espace relativement protégé et donc ça c'est très bénéfique ; SURTOUT de passer par un spécialiste. »

2.1.3 Orientation vers une structure hospitalière

Plusieurs patients ont exprimé clairement, avoir apprécié l'orientation vers l'hôpital :

- p3 : « Pour gérer les choses, elle m'a proposé directement l'hospitalisation. Très bien. »

Pour certains, la structure hospitalière et son coté encadrant était intéressante car adaptée à leur personnalité :

- p1 : « Il pensait qu'un suivi beaucoup plus cadré avec des gens qui travaillent sur l'addictologie tous les jours était beaucoup plus intéressant pour moi *{hoche la tête en signe d'approbation}*. »

Deux patients ont déclaré que l'hôpital était adapté car permettait un cadre rassurant :

- p5 : « Et je voulais vraiment l'hospitalisation aussi, il pouvait comprendre, il m'a dit « si ca peut vraiment vous rassurer, de vous sentir entourée. ». »
- p6 : « Je pense que c'est très bien parce que ca fait un break à la fois dans le temps, même si c'est très court et dans l'espace ; je suis dans un espace relativement protégé et donc ca c'est très bénéfique. »

2.1.4 Prise en charge à dimension humaine

Plusieurs patients ont décrit avoir apprécié d'être accompagnés dans leur démarche de manière rassurante et à petite échelle, dans des petites structures, par opposition à des grands centres de soins :

- p4 : « Lui il pensait qu'ici c'était le mieux pour moi. c'était pas un gros truc comme X. ou une structure un peu, un peu... inhumaine. »
- p5 : « Y'avait celui de X. mais pas la peine que j'y remette les pieds, pour moi c'était terminé! »
- p12 : « Elle m'avait proposé X., je lui ai dit que c'était hors de question, c'est un hôpital que je n'aime pas. Là elle m'a dit : « je vais vous adresser à un service que je connais, très réputé, et puis quand elle m'a annoncé X., j'ai dit non X. j'en veux pas, elle m'a dit : « ben oui mais vous êtes bien compliqué ». »

2.1.5 Réponse à un besoin

Deux des patients ont exprimé avoir été satisfaits car leur médecin généraliste a répondu à leur volonté de prise en charge.

- p2 : « Très bien, quand on a besoin d'aide; ça aurait pas été comme ça, si ça se trouve je serai pas là, j'aurais pas été là ou j'aurais laissé tomber. »
- p4 : « C'était une bonne démarche et qu'il fallait le faire si j'en ressentais le besoin, voilà. »

2.1.6 Conseils d'abstinence

Plusieurs patients ont mis en avant l'importance de la délivrance de conseils sur la gestion du sevrage et de l'abstinence au domicile :

- p2 : « Vous êtes vous senti gêné ? Au contraire, au contraire parce qu'après il me parlait, il me disait « fais pas de bêtise ce weekend », de pas boire. »
- p5 : « Et puis des conseils (...). Ah oui il m'a dit « tout ce que vous avez chez vous vous le jetez ! » Parce que j'étais même incapable de lui dire ce que j'avais comme médicaments par contre. Je vous mets sous valium 10 mg, par contre arrêtez l'alcool tout de suite, faites venir des amis chez vous restez pas toute seule, mais arrêtez, ne prenez surtout pas d'alcool avec ça parce que ça va être la cata et puis de toute façon vous avez vite rendez vous. » »

2.1.7 Disponibilité temporelle du praticien

Un patient a exprimé son contentement par rapport à la disponibilité de son médecin au cours de la prise en charge, notamment en terme de suivi :

- p6 : « Dès que j'avais un problème, je l'appelais.

Tout en continuant à le voir lui aussi.

C'était des consultations quand je voulais, il était disponible. »

2.1.8 Prise de décision

Les patients se sont tournés vers leur médecin traitant afin que celui-ci les aide à prendre en charge leur addiction. Indépendamment du type de prise en charge proposée, la prise de décision par le médecin et le sentiment d'être dirigé ont été décrits comme importants.

Cette prise de décision s'est faite différemment selon les patients mais avec un résultat identique qui a été un projet de soin :

Une patiente a décrit une décision commune à l'origine de la prise en charge :

- p3 : « J'ai été la voir et on a pris la décision que je vienne. »

Deux patients ont expliqué s'être laissés porter par la décision de leur médecin :

- p6: « Il a cherché les meilleures solutions ; il a proposé et j'ai accepté évidemment. »
- p11: « Elle m'a dit : « va falloir arrêter là. » Alors donc j'ai dit « allez qu'est-ce qu'on fait ? Donc je lui ai dit : « Ben on va faire ce que vous voulez. ». *{Le ton est décidé et motivé}*. Et elle m'a dit : « Voilà C'est ça et ça. » On en a parlé donc ça s'est fait. C'est pour ça que je suis ici *{satisfait}*. »

Pour cette patiente, c'est le caractère directif et précis de la proposition de soins qui a été marquant :

- p14 : « Comment dire, CHIRURGICAL, dans ma demande c'est à dire, il m'a apporté une réponse chirurgicale ; c'est à dire nette et précise. »

2.1.9 Respect de la volonté du patient :

Plusieurs patients se sont rendus chez leur médecin avec une idée précise du type de prise en charge. Le respect de cette volonté de soins a été plusieurs fois mis en avant par les patients comme un élément positif de la prise en charge :

- p2 : « C'est moi qui ai fait la démarche d'aller voir mon médecin traitant en lui disant : « je veux faire une cure ! ». *{Ton décidé}*. »

- p12 : « Elle m'a dit : « Vous voulez le faire en centre spécialisé ou vous voulez le faire tout seul ? ». Je lui ai dit, « écoutez je préfèrerais le faire en centre spécialisé comme je suis tout seul à la maison, ça va pas être évident. » C'était une démarche que j'avais prévu de faire voire d'aller plus loin même si je me sentais pas bien après le sevrage, de continuer une cure sur un mois et demi ailleurs. J'ai été voir mon médecin pour lui dire que je voulais faire cette cure. J'y allais pour ça. *{Ton ferme}*, *{déterminé}*. »

2.1.10 Proposition de traitement médicamenteux :

Pour cette patiente, la prescription d'un traitement médicamenteux a contribué à l'aider :

- p3 : « De là, bon, elle m'a arrêté, elle m'a mise sous antidépresseur, ainsi de suite. »

Conditions de la réussite de la prise en charge proposée par le médecin généraliste

Dans notre étude, les patients ont mis en évidence l'orientation vers un milieu spécialisé comme un gage de réussite de la prise en charge avec le médecin traitant. Ils ont de plus, mis en avant l'importance de la rapidité de la mise en place des soins. On peut voir que la dimension humaine de la structure et le contexte de « coupure encadrée » sont des facteurs positifs pour les patients. En amont, la délivrance de conseils d'abstinence est elle aussi un facteur positif pour les patients.

L'orientation vers un sevrage hospitalier s'est décidée sur proposition de certains patients, proposition du médecin pour d'autres, ou de façon partagée. Dans tous les cas, le respect du choix du patient a été un facteur positif dans le mode de prise en charge.

2.2 Freins à l'aboutissement d'une prise en charge de qualité

Certains patients ont décidé de parler de dépendance avec leur médecin généraliste. Parmi eux, il en est certains pour qui, la prise en charge en soins primaires a échoué. Dans ce thème, nous avons pu mettre en évidence quelques uns des éléments à l'origine de cet échec.

Sont ressorties neuf occurrences :

- **Poursuite de la prise en charge dans le temps**
- **inadéquation entre la prise en charge initiale proposée par le généraliste et les besoins du patient**
- **manque d'informations données sur la maladie**
- **manque de disponibilité**
- **traitement médicamenteux**
- **perte de chances**
- **confiance**
- **sentiment de ne pas avoir été entendu**

- **gestion standardisée de la pathologie**
- **détachement excessif de la part du médecin**

Occurrences	Unités de signification
Poursuite de la prise en charge	6, {16}, 12, 13, {18}, 76, 191, 193
Inadéquation	5, 135, {206}, {207}, 336, 338, 341, 348, 355, 356, 357, {367}, {377}, 421, 422, 423, {457}, 424, 432, 434, 435, 439, 441, 442, 443, {454}, {455}, {462}
Traitement médicamenteux	76, 180, 189, 190, 191, 193, 201, {213}, 202, 265, 266, {294}, 319, 334, 335, 339, 346, 359, {366}, 381, {406}, 420, 423, 394, 436, 437, 438,
Manque d'information	341, 353, {375}, 354, {376}, 418, 419, {456}
Manque de disponibilité	360, 361, {378}, 362, 363, 400, 402, 403
perte de chance	340, 342, 344, 364, {371}, 380, 430, 431
Confiance	343, 344, 347, 348, {368}, {369}, {370}
Sentiment de ne pas avoir été entendu	417, 425, 426, 427, 428, 429, {465}, 444, 446,

	447, 448, 450, 453
Détachement excessif	445, 449
Gestion standardisée de la pathologie	440, 444,

2.2.1 Poursuite de la pris en charge

Certains patients ont expliqué comment ce qui avait été proposé initialement par leur médecin n'a pas abouti au résultat escompté :

Ainsi, cette patiente nous précise que son médecin généraliste s'est exclu lui-même de la prise en charge :

- p1 : « Il pensait qu'un suivi beaucoup plus cadré avec des gens qui travaillent sur l'addictologie tous les jours était beaucoup plus intéressant pour moi. Que de venir le voir une fois par mois juste pour prendre un traitement. »

Parallèlement, elle nous décrit elle aussi avoir stoppée la prise en charge initiale entreprise avec son médecin :

- p1 : « J'ai pas continué (...), pour des raisons personnelles et pensant pouvoir peut-être aussi me débrouiller toute seule. »

De même que pour ce patient, pour qui le suivi ambulatoire même réalisé par un intervenant peut être plus spécialisé n'a pas abouti.

- p8 : « J'ai arrêté d'aller voir le psychologue et puis j'ai arrêté le traitement voilà pendant pratiquement un an aussi. »

2.2.2 Inadéquation entre la volonté du patient et la prise en charge proposée

Cette patiente nous décrit que pour elle, la prise en charge n'était pas, au final, celle qu'elle espérait.

- p13 : « Par contre ce qu'il aurait du me dire, me conseiller fortement, c'est de faire une cure. J'ai cru que c'était bon pour moi. *{décue}*. La première fois ? La première fois j'ai pensé que c'était une bonne idée, parce qu'il était médecin, je me suis rendue compte que non c'était pas efficace. »

Cette autre patiente nous dit avoir choisi un mode de prise en charge vers lequel son médecin n'a pas voulu l'orienter :

- p15 : « J'ai tiré la sonnette d'alarme très vite tout de suite, et RIEN! *{Le ton est dur}*, *{est remontée}*. Mais là je peux faire la demande mais ça arrivera jamais. Il me disait, bon on va prendre, on va peut être changer d'antidépresseur, on va mettre un autre médicament pour que vous soyez moins stressée. Mais je lui disais mais quand même je peux pas, parce qu'enfin, bon, j'ai une petite fille, moi j'ai envie d'aller quelque part de partir un mois je m'en fous mais faut que ça s'arrête! *{Le ton est déterminé}*. Et puis moi je revenais à chaque fois donc 50 fois, bon alors on va essayer ça, tac, tac, tac, hop! A chaque fois je me disais et ? Et ? Et ?! Je lui disais : « mais je peux pas aller faire une ou deux semaines », parce qu'à un moment y a vraiment warning quoi, je sentais que ça dégénérerait vraiment. »

2.2.3 Traitement médicamenteux

Pour beaucoup de patients, la prescription d'un traitement oral n'a pas eu l'effet désiré.

Le traitement a parfois été considéré comme inefficace :

- p8 : « J'ai essayé de suivre le traitement qu'il m'a ordonné mais ça a carrément pas marché quoi enfin. »
- p13 : « Il m'a donné un médicament...qui m'a rien fait. C'était soi-disant pour me détendre par rapport à l'alcool, mais ça ne m'a rien fait du tout, j'ai continué à boire. »

Pour d'autres, se posait un problème de mauvaise observance du traitement médicamenteux :

- p8 : « Il m'a fait une prescription, j'avais deux cachets à prendre. Et puis bon ce traitement a duré une semaine, pendant une semaine j'ai arrêté de boire en prenant ce cachet par jour après pendant une semaine j'ai arrêté le cachet, j'ai recommencé à boire, après pendant une semaine j'ai repris le cachet, j'ai re-arrêté et j'ai recommencé à boire pendant 15 jours, enfin bon quoi ça a duré comme ça pendant un an à peu près. »
- p10 : « Bon, et puis des fois je le prenais, des fois je le prenais pas. »

Pour plusieurs patients, le traitement ne convenait pas car était inadapté à leurs besoins :

- p8 : « Je pense que ça s'est passé très bien mais je suis arrivé à un point où je lui ai dit : « ce traitement là, ça ne va absolument pas. Plus ça va plus ça s'aggrave et puis avec ma femme ça allait de moins en moins bien. »
- p12 : « Qu'avez-vous pensé de la prise en charge proposée ? Elle voulait d'abord que je prenne un traitement mais c'est moi qui lui ai dit, à la maison je ne suis pas capable. »
- p15 : « Bon voilà encore un médicament et voilà stop quoi ! Le but c'était d'en sortir et pas d'avoir une batterie de médicaments pendant 15 ans. »

2.2.4 Manque d'information :

Certains patients ont estimé qu'il était du rôle de leur médecin, de les informer sur la dépendance alcoolique. De ne pas se voir délivrer ces informations a été considéré comme un problème lors de la prise en charge :

Une patiente a regretté de ne pas avoir reçu d'informations sur les conséquences de la dépendance alcoolique :

- p13 : « Alors qu'il aurait pu me dire, l'alcool c'est une maladie, C'EST GRAVE !

Je savais pas moi que c'était une maladie grave, je pensais que demain je pouvais arrêter. Il ne m'a pas donné d'information sur la gravité. Parce que maintenant je m'en rend compte c'est une maladie, très, très grave et qu'il aurait pu attiré l'attention dessus ! *{Remontée contre son médecin}. »*

Une autre patiente aurait aimé que son médecin lui donne des contacts pour l'aider à gérer sa maladie :

- p15 : « Dites moi quels organismes, dites moi ! »

2.2.5 Manque de disponibilité.

Les contraintes inhérentes à l'activité de médecine générale ont été décrites par les patients comme un frein à une prise en charge efficace.

- Contraintes horaires :

- p13 : « Et quand j'allais le voir, il ne prenait pas le temps avec moi. J'y allais il me renouvelait le traitement pour l'asthme, il me prenait la tension, il me renouvelait les traitements pour l'alcool. Et ça s'arrête là. »
- p14 : « On en a discuté, il m'a dit : « je ne peux pas, je n'ai pas le temps d'assumer ce rôle là, je préfère que vous alliez voir un psy. Il n'a pas le temps. »

- Contraintes économiques :

- p13 : « Il n'en parlait pas trop : « Non ça ira, ne vous inquiétez pas.» Parce qu'il avait toute l'après-midi de clients ! Aujourd'hui je lui reproche. »

2.2.6 Sentiment de perte de chance

Deux patientes n'ont pas adhéré à la prise en charge telle que proposée par le généraliste car elle représentait au final, une perte de chance dans leur objectif de guérison :

- p 13 : « Mais le problème, il m'a fait traîner. Pour moi, c'est mon point de vue. Il m'a fait traîner. Il m'avait dit que c'était pour le sevrage, j'ai regardé la notice, c'était vrai. Et j'avais confiance, j'ai cru que c'était grâce à ça que ça y est, j'allais arrêter mais j'ai trainé. J'ai perdu mon temps. »
- p15 : « Et voilà je regrette juste une chose c'est que, c'est hallucinant de pas avoir été prise en charge plus tôt, j'ai perdu 2ans de ma vie, j'ai bousillé mon couple, j'ai perdu une partie de la vie des premières années de ma fille parce que mine de rien quand on est complètement dans le cirage...c'est pas pareil. »

2.2.7 Confiance

Ici une patiente nous explique avoir accordé pleinement sa confiance à son médecin pour la guider dans la marche à suivre et comment elle s'est sentie déçue du résultat :

- p13 : « Ben moi je pensais, je lui faisais confiance. Il m'avait dit que c'était pour le sevrage, j'ai regardé la notice, c'était vrai. Et j'avais confiance, j'ai cru que c'était grâce à ça que ça y est, j'allais arrêter mais j'ai trainé. Et le problème c'est que moi j'ai cru, comme il est médecin et que je le connais depuis des années. »

2.2.8 Sentiment de ne pas avoir été entendu

Une des patientes interrogées a exprimé avoir eu le sentiment de ne pas avoir été bien prise en charge par son médecin généraliste car celui ci n'a pas su entendre la réalité de sa dépendance :

- p15: « J'ai tiré la sonnette d'alarme très vite tout de suite, et RIEN! Comment diriez vous que votre médecin a abordé le problème d'alcool ? Il le minimisait. Il avait l'air de dire que oui je consommais, c'était post grossesse que c'était un état passager de dépression, que j'étais un peu en pic, et que bon voilà grosso modo ça allait se calmer. Mais c'est pas le seul parce que les deux psychiatres que j'ai vu c'était ça aussi. »

2.2.9 Gestion standardisée de la maladie

Une gestion trop protocolaire a été décrite comme un élément péjoratif dans la prise en charge :

- p13 : « J'arrive pas à trouver le mot juste pour exprimer la sensation que voilà... je vous explique mon problème bon ok alors on je vais vous donner ça, ça, ça hop c'est parti! Mais je cherche le mot... c'est pas incompetent mais c'est un peu comme quand vous allez à la CAF que vous prenez un ticket et puis voilà, mon manuel m'a dit qu'elle, elle rentrait dans telle case donc je vais lui donner ça. »

Freins à l'aboutissement d'une prise en charge de qualité :

Chaque patient a ses spécificités et ses représentations. Sur le plan temporel, il est en décalage avec son médecin qui lui semble alors peu disponible. Il en ressort un sentiment de perte de chance. Traitement médicamenteux inadapté, manque de conseils et d'énergie, refus de s'occuper du trouble lié à l'usage d'alcool sont autant de facteurs négatifs pour les patients au regard de leur prise en charge.. Le praticien est trop axé sur les protocoles et les recommandations et perd de vue la singularité de son patient, ce qui nuit à la qualité de la prise en charge ambulatoire.

2.3 Qualités du médecin généraliste ayant une influence positive sur la prise en charge :

Au cours des différents entretiens, nous avons pu recueillir le sentiment des patients sur l'attitude adoptée par leur médecin.

Dans ce chapitre, nous développerons les qualités du médecin qui ont eu un impact positif pour les patients :

Onze occurrences sont ressorties :

- **bonne relation médecin-malade**
- **empathie**
- **capacité d'écoute**
- **bienveillance à l'égard du patient**
- **renforcement de la motivation de soins**
- **confiance**
- **franchise**
- **professionnalisme**
- **investissement personnel**
- **dédramatisation de la pathologie**
- **soutien psychologique**

Occurrences	Unités de signification
Bonne relation médecin-malade	82, 83, 95, 152, 153, 198, 281, 315, 383, 385, {407}, {408}
Empathie	21, 55, 56, {70}, 64, {74}, 81, 84, 112, 151, 254, 315, 318, {326}, {327}, {328}
Capacité d'écoute	10, 20, 26, 53, 54, 85, 106, 110, 113, {127}, 150, 200, {212}, 279, 316, {329}, 392, {414}
Bienveillance à l'égard du patient	20, 39, 40, {41}, {43}, 53, 59, 62, 63, 78, 79, 105, 108, 109, {210}, {211}, 253, 311, 313, 317, {330}, 382, 387, 390, {413}

Renforcement de la motivation	50, 80, {129}, 154, 256, 292, {301}
Confiance	83, 94, 96, 122, {130}, {131}, 132, 264, 271, {295}, 285, {288}, 389
Franchise	102, 118, 263, 269, 270, 273, 276, 277, 287, 288, 289, {298}, 290, 291, {300}
professionnalisme	2, 3, 23, 24, 25, 31, 35, {42}, 52, 58, 65, 66, {69}, 93, 115, {124}, {128}, 143, 273, 274, 275, 278, 279, 280, 390, 397, {413}
Investissement personnel	49, {68}, 197, 198, 199, 268, 302, 314, 318, {328}
Dédramatisation de la pathologie	8, 9, 107, 144, 145, 146, 147
Soutien psychologique	33,156

2.3.1 Bonne relation médecin-malade

Plusieurs patients ont ainsi raconté que la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin a été un élément positif dans leur prise en charge.

Ces patients illustrent bien l'importance de la proximité de la relation :

- p4 : « C'est quelqu'un que je connais bien, il soigne toute la famille, quoi. Donc c'est quelqu'un d'assez proche en qui j'ai confiance. »

- p6 : « Ca tient en partie au fait qu'on se connaît, donc il y a une espèce de dialogue qui est d'abord celui évidemment d'un patient à son médecin mais aussi de deux personnes qui se connaissent bien donc ce sont des rapports un peu particuliers, qui sont... évidemment... par rapport à un anonymat. »
- p11 : « Très sympathique, disons, comme une sœur. »

Celui-ci insiste sur la longévité de la relation :

- p8 : « Je l'ai trouvé prêt à m'aider, parce qu'on se connaît depuis très, très longtemps. »

2.3.2 Empathie :

L'empathie est la faculté intuitive, de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent, sans jugement et sans forcément approuver.

De nombreux patients ont décrit cette qualité comme ayant eu un impact positif sur leur prise en charge :

Ainsi, ce monsieur, plutôt réservé, exprime que son médecin a cherché à comprendre son problème, et a décidé de l'aider, sans jamais le brusquer :

- p2 : « Il m'a demandé ce que je buvais, combien j'en buvais, puis, savoir si je voulais me faire aider. »

Cette patiente nous dit :

- p3 : « (...) Qu'elle sentait mon mal-être, qu'elle comprenait mon mal-être. Et j'ai eu l'impression que bon...qu'elle arrivait à me comprendre *{souponne, exprime un soulagement}*. »

Ce patient là aussi, exprime l'importance qu'a eu l'attitude empathique de son médecin :

- p4: « Il est très compréhensif. Tout de suite il a compris le problème quoi. »

Ce patient exprime avec émotion, avoir apprécié le geste de son médecin appelant pour rassurer sa fille :

- p12 : « Quand elle a vu que ma fille paniquait, elle s'est même proposée de l'appeler pour la rassurer, *{sanglots dans la voix}*. »

2.3.3 Capacité d'écoute du praticien

Beaucoup de patients ont raconté comment leurs médecins les ont écoutés. Cette aptitude a été toujours décrite comme un élément positif de la prise en charge.

- p3 : « Elle était à l'écoute, je n'ai eu que du positif, je n'ai pas ressenti de négatif avec elle. C'est à dire qu'elle m'écoutait. »
- p5 : « Oui c'est quelqu'un qui écoute vraiment beaucoup, qui écoute. *A l'écoute oui!* »
- p8 : « A l'écoute. *Oui, oui, oui!* »
- p14 : « Très à l'écoute, ça c'est certain. *{Fait une mimique d'approbation}*. »

2.3.4 Bienveillance à l'égard du patient

Il est souvent apparu au cours des entretiens un sentiment de soulagement par rapport à une attitude bienveillante du médecin.

Plusieurs patients ont mis en avant l'absence de jugement de valeur, et l'image positive renvoyée par leur médecin comme des éléments ayant contribué à une bonne prise en charge.

Ce patient a insisté sur le fait que son médecin ne l'a pas jugé et l'a conforté dans sa décision de parler de sa dépendance.

- p2 : « Il écoute bien, donc il m'a parlé, il m'a dit qu'il ne fallait pas que j'ai honte d'en parler avec lui justement. Il m'a regardé et il m'a dit : tu sais c'est pas une honte, c'est bien d'en parler déjà. C'est un grand pas que tu fais déjà de me parler, de me le dire à moi. NON, pas du tout !! »

Nous pouvons parler de ce patient dont le médecin a lui aussi appuyé positivement la prise de décision de son patient :

- p4: « Il m'a dit que j'avais raison, que c'était une bonne démarche. »

Cette patiente insiste sur la bienveillance de son médecin, sur l'importance d'avoir été confortée dans sa décision d'être soignée.

- p5: « Qui m'a félicitée... oui, on peut dire ça, qui m'a félicitée de ma démarche, sincèrement. Il m'a félicitée parce que ça devait pas être facile d'avoir fait la démarche. »
- p14: « Il m'a dit : je suis complètement d'accord avec vous.»

Cette patiente, commentant l'attitude adoptée par son médecin pendant l'entretien :

- p14 : « Et bien je l'ai trouvé très positive, très professionnelle. »

2.3.5 Renforcement de la motivation

Pour quatre des patients, le médecin généraliste a eu un effet positif sur la prise en charge en renforçant leur motivation initiale :

- p3 : « Justement, qu'il fallait que je me prenne en main. »
- p5 : « Encouragée aussi ! »
- p6 : « Donc il m'a conforté dans cette idée. Il m'a boosté. »

- p11 : « Mais moi je savais déjà intérieurement, j'étais déjà motivé, *elle n'a fait qu'affirmer ma motivation.* »

2.3.6 Confiance

La confiance accordée au praticien est un élément important de la prise en charge des patients que nous avons interrogé. Dans ce chapitre nous verrons l'aspect positif de la relation de confiance entre le patient et son médecin sur la prise en charge.

La confiance accordée au médecin permet d'aborder sereinement le sujet de la dépendance :

Ce patient, nous parlant du moment où il a parlé d'alcool à son médecin nous dit :

- p4 : « Donc c'est quelqu'un d'assez proche en qui j'ai confiance. »

Celui-ci nous explique :

- p6 : « Je lui en ai parlé de suite parce que j'ai complètement confiance en lui. »

Elle prend un caractère indispensable pour certains :

- p4 : « Je voyais pas vers qui d'autre me tourner. »
- p5 : « Si je peux pas en parler à lui, lui dire, je pourrai jamais en parler à personne ; *{si je peux pas en parler à lui, lui dire}*. »

Pour certains patients, la relation de confiance est telle, qu'ils s'en remettent entièrement à la décision de leur médecin généraliste :

- p5 : « *Ah moi CONFIANCE TOTALE !!* »

- p11 : « Donc je lui ai dit : Ben on va faire ce que vous voulez. »

L'impact positif de la relation de confiance passe aussi par le respect de la confidentialité autour du sujet de la dépendance :

- p4: « Et puis bon c'est un médecin donc il est toujours tenu par le secret professionnel, c'est quelqu'un à qui on peut se confier. »

2.3.7 Franchise

Quand le sujet de la dépendance a été abordé avec le généraliste, les patients ont apprécié d'être confrontés à la réalité de leur pathologie, sans moyens détournés :

Cette patiente nous explique que son médecin a été direct et franc avec elle pour la sensibiliser à la réalité de sa maladie.

- p5: « On est bien d'accord on parle d'addiction ? « Oui ». Il m'a bien fait comprendre que ce n'était pas une crise d'appendicite quoi. »
- p11: « Et elle me dit « Bon, D., là vous avez une addiction à l'alcool il faut que vous fassiez quelque chose, quelqu'un comme vous peut pas faire ça trop ». C'est tout à fait la vérité. »

Ou encore ce patient nous racontant avec ferveur l'attitude adoptée par son médecin :

- p11 : « Et elle m'a dit : « Voilà C'est ça et ça. » Elle vous aurait parlé de ça comme si je vous disais de suite, je viens de gagner au loto cinq millions. Voilà c'était aussi clair que vous êtes en train de me parler. Y a pas de mots cachés ou de demi-mots enrobés, enroulés. »

2.3.8 Professionnalisme

Un sentiment de professionnalisme a souvent été verbalisé par les patients interrogés.

- p1 : « Très bien parce que bon il a d'autres patients dans ce cas là et euh (...). »
- p2 : « Oui, oui, oui! Ah ben moi, très bien. »
- p3 : « Je trouve qu'elle m'a bien prise en main et que c'est un bon médecin traitant. Très bien. Mais là, ce médecin traitant m'a vraiment bien prise en charge. »
- p4 : « C'est grâce à lui que je suis assis ici. »
- p5 : « Il est...C'est pas pour lui jeter des fleurs mais je peux vous assurer (...). *{Fière}*. »
- p6 : « Très bien, très, très bien ! »
- p11 : « Qu'avez-vous pensé de son attitude ? Eh bien que c'était très bien. Ah oui, professionnelle et à l'écoute! Professionnelle oui, professionnelle. »
- p14 : « POSITIF et PROFESSIONNEL. »

2.3.9 Investissement personnel

Il a été souvent rapporté comme un gage de qualité dans la prise en charge :

- p 3: « Mais c'est elle qui a fait toute les démarches. »
- p8 : « Il m'a répondu : « eh bien si vous buvez trop, on va essayer de faire les choses ensemble pour que vous arrêtiez de boire ». Je l'ai trouvé prêt à m'aider, parce qu'on se connaît depuis très, très longtemps. Il a vu naitre mes enfants c'est lui qui s'en est occupé, c'est lui qui s'en est occupé depuis qu'ils sont nés. Il me connaît très, très bien à moi, il connaissait aussi très bien mes parents qui sont décédés entre temps. Il m'a dit : « si tu veux arrêter de boire, je suis la pour toi.». »

- p12 : « Quelque part elle était aux petits soins avec moi. »

2.3.10 Dé dramatisation de la pathologie

A moindre échelle, relativiser l'image de la dépendance alcoolique a eu un effet positif pour les patients, qui se sont sentis moins isolés, moins stigmatisés :

Ainsi cette patiente nous explique comment le fait d'avoir discuté avec son généraliste lui a permis de se sentir mieux face à la maladie :

- p1 : « Je suis quelqu'un qui n'en parlait pas (...). Le fait d'en parler avec des professionnels ça m'a permis de relativiser la situation. »

Ce patient, lui, nous décrit comment son médecin l'a aidé dans l'acceptation de sa maladie, en la considérant comme un faux pas mais aussi comme une pathologie somatique sans l'image sociale parfois négative qu'elle véhicule :

- p6 : « Parce qu'ils avaient des rapports sociaux de mondanités (avec leur patients) qui se sont révélés très choqués par le fait que la personne à qui ils avaient affaire était alcoolique. Comme si c'était quelque chose d'absolument honteux. Pour mon médecin, c'était un accident de parcours du à la vie. Il trouvait qu'il était tout à fait normal de prendre ça en charge comme n'importe quelle autre... pathologie. »

2.3.11 Soutien psychologique

Deux patients ont dit que leurs médecins respectifs les ont aidé dans leur démarche en mettant en place un soutien psychologique :

- p2 : « Oui il a fait un peu le psychologue, oui. »
- p6 : « Il m'a aussi beaucoup aidé psychologiquement. »

Qualités du médecin généraliste ayant une influence positive sur la prise en charge :

La qualité de la relation entre le médecin traitant et son patient est une des dynamiques de la prise en charge de ces derniers. Lorsqu'elle est ancienne, elle est propice au dialogue, franc, encourageant et déculpabilisant. Cette relation médecin-malade se caractérise par une écoute bienveillante et une attitude empathique et investie qui s'intègrent à un climat de confiance bien installé.

Tous ces facteurs positifs sont gages, pour le patient, du professionnalisme de son médecin traitant.

De part les qualités citées, le médecin généraliste est un acteur influant de la prise en charge.

2.4 Eléments ayant eu un impact négatif sur le déclenchement d'une prise en charge en soins primaires.

Lors des entretiens, nous avons pu mettre en évidence, quelques unes des raisons ayant abouties à une absence de prise en charge.

Nous verrons que plusieurs des sujets abordés dans ce thème ont pour certains patients déjà été décrits mais comme des éléments ayant au contraire contribué à une bonne prise en charge.

Nous avons pu mettre en évidence sept occurrences :

- **relation médecin-malade**
- **peur de nuire à la relation médecin-malade**
- **Confiance**
- **Déni supposé de la dépendance alcoolique**
- **Interlocuteur inadapté**
- **Prise en charge proposée inadaptée**
- **Manque d'empathie**

Occurrences	Unités de signification
Relation médecin-malade	167,168, 170, 172, 173, 175, 176, {182}, {183}, 215, 216, 217, 218, 223, 224, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 234, {237}, {242}, 247, 249, {260} {261}
Interlocuteur inadapté	169, 174, 171, 179, {183}, 219, 221, 226, 228, 235, {238}, 239, 243, 244, 245
Peur	225, {241}, 233, 248, 251, 252, {262}
Confiance	172, 174, {184}, {185}, 343, 344, 347
Déni supposé de la dépendance alcoolique	220, 222, 223, {236}, {240}
Prise en charge	177, 178, 180, 181, 255, 257, 258, 259
Manque d'empathie	179

2.4.1 Relation médecin-malade

Trois des patients ont exprimé avoir eu des difficultés à parler de leur maladie à leur généraliste. Pour ces patients, les raisons étaient liées à la relation entretenue avec leur médecin :

Elle était parfois trop récente, donc trop fragile encore pour aborder le sujet :

- p7 : « Donc non, je le connais pas, c'est pas facile de tout dire comme ça de tout déballer euh. Il est nouveau pour moi. Il est nouveau pour moi ce médecin, j'ai pas encore très confiance. Je me sens pas très à l'aise. Voilà. Je le connais pas. Voilà. »

Parfois, au contraire, cette relation médecin-malade était trop intime, reflet d'un transfert affectif marqué par des années de suivi. Dans ce cas précis, parler de dépendance à son médecin équivaut à parler à un membre de sa famille :

- p9 : « Disons qu'à chaque fois que j'ai essayé de, de, ...d'aborder le sujet, j'ai pas été franche du collier avec lui, j'ai essayé d'arriver par des... Ben je pense qu'il m'aime bien et je pense qu'il est attaché à moi et euh je crois qu'il est pas du tout objectif en ce qui me concerne. C'est... J'ai l'impression d'aller voir mon vieux tonton quoi. »
- p9 : « Non je crois que c'est lui qui voulait que je reste et le truc c'est qu'il faut que je fasse 35 minutes de voiture pour aller le voir. Et j'ai toujours l'impression que quand je lui dis : vous savez c'est compliqué pour moi de venir ici, et ben ça le chagrine quand même. (...) C'est une relation plutôt paternelle alors ? Oui. Ce qui est très appréciable d'un certain côté mais qui ne me permet pas d'aborder certains sujets. La relation médicale elle était faussée. »

Pour cette patiente enfin, le lien de confiance créé avec son médecin ne pouvait pas s'appliquer au problème de la dépendance alcoolique.

A la question : « pourquoi ne pas avoir parlé d'alcool avec votre médecin ? », elle répond :

- p10 : « Parce que je... Du fait de mes séances d'hypnose, c'est quand même, l'hypnose, c'est une relation qui est très forte avec la personne avec qui vous pratiquez et à chaque fois je me suis sentie en extrême confiance (...)et je lui ai dit des choses

que je n'avais révélé à personne. Mélanger ça...je ne voulais pas mélanger ça. *{Insiste}*. »

2.4.2 Interlocuteur inadapté :

Pour plusieurs des patients, aborder le sujet avec leur médecin généraliste a été impossible car pour eux, il ou elle n'était pas la personne adaptée pour les aider à gérer leur problème de dépendance alcoolique :

Soit parce que la dépendance était considérée de manière globale, comme n'étant pas l'affaire du généraliste mais du ressort d'un intervenant spécialisé :

- p10 : « La première personne à qui j'ai parlé d'alcool c'est ma psy. C'est la première personne parce qu'il fallait que ça sorte, il fallait que je le dise à quelqu'un. Voilà. Ça c'est la première personne. Et c'est elle qui m'a orienté vers... je ne sais plus comment ça s'appelle le service à l'hôpital de X, vraiment spécialisé dans les addictions. J'ai rencontré plusieurs intervenants qui m'ont écouté et ensuite j'ai rencontré le docteur F. Voilà et c'est avec elle que j'ai vraiment pu en discuter quoi. »

Soit parce que la personnalité du médecin semblait ne pas convenir pour aider le patient :

- p9 : « J'aurais eu besoin qu'on m'aide à le dire en fait et lui je pense pas qu'il pouvait. Non. Je pense pas que c'est lui qui aurait pu m'aider. Et effectivement j'avais besoin de compréhension, probablement de compassion, mais j'ai besoin qu'on me dise les choses en face aussi et lui il est trop doux pour ça. Ben disons qu'à chaque fois que j'ai été peut-être en difficulté, en position de lui dire, lui il se mettait vraiment beaucoup en position de psy. Je sais pas *{souponne longuement}*, c'est un peu compliqué à expliquer. Surtout j'avais l'impression que si je lui disais ça, ça allait durer des plombes et des plombes de conversation... pour rien. »

Soit parce que, dans la représentation psychosociale du patient, le médecin généraliste est un « docteur du corps », et non pas de l'esprit :

- p7 : « Et puis c'est pas...il est gentil et tout mais bon lui il m'a soigné pour les arrêts le calcanéum, les radios les machins. Bon c'est vrai qu'il m'a aidé physiquement par rapport à cet accident mais après, parler (...), j'ai pas confiance en lui. »
- p9 : « Mais en même temps je ne vois pas de généraliste, je suis très rarement malade. Quand je vais chez le médecin, c'est chez la psy. Justement par rapport aux problèmes d'addiction que je règle avec elle. »

2.4.3 Peur de nuire à la qualité de la relation :

Certains patients ont clairement exprimé leur décision de ne pas parler de leur pathologie à leur médecin généraliste par peur de la réaction provoquée:

Peur de blesser, ainsi cette patiente nous raconte :

- p9 : « Voilà. J'avais peur de lui faire de la peine je crois. (...). J'ai l'impression que j'allais lui faire de la PEINE. »

Et puis du coup, il y a des choses que moi je lui disais pas parce que je l'épargnais comme on épargne son papa voilà. Donc au niveau médical c'était plus satisfaisant.

Peur de perdre la confiance de son médecin :

- p10: « C'était ça, perdre cette relation de confiance qui était faite entre nous. Et puis je voulais pas, j'avais PEUR DE CASSER SA CONFIANCE. DE PERDRE SA CONFIANCE, voilà c'est ça. »

Pour cette patiente, la décision de ne pas en parler était liée à sa propre perception de la maladie :

- p10 : « Et j'avais ce sentiment de honte, de culpabilité, je voulais surtout pas mêler ça. »

Donc vous ne lui avez pas parlé parce qu'il y avait ce sentiment de peur et de culpabilité ?
Oui. Tout à fait.

2.4.4 Confiance

Pour une des patientes interrogées, la relation de confiance était un élément important de la prise en charge, en s'inscrivant comme une des pierres angulaires de la démarche de soins :

Dans ce cas précis, c'est son absence qui n'a pas permis d'aboutir à la mise en place des soins:

- p7: « Il est nouveau pour moi ce médecin, j'ai pas encore très confiance. Bon c'est vrai qu'il m'a aidé physiquement par rapport à cet accident mais après, j'ai pas confiance en lui. Je suis pas prête à lui dire certaines choses *{ fait non de la tête }*. »

2.4.5 Dénî supposé de la pathologie

Une des patientes a exprimé ne pas avoir abordé le problème de sa dépendance en partie car elle avait le sentiment que son médecin ne pourrait pas l'entendre et la comprendre :

- p9 : « J'avais l'impression qu'il était pas ouvert à cette possibilité quoi! C'est difficile de parler pour quelqu'un d'autre... C'est quelqu'un d'extrêmement non alarmiste ! *{Est réticente à s'exprimer, s'agace.}* Et je me rappelle d'un jour où je lui ai fait part d'une angoisse que j'avais mais une angoisse terrible par rapport à ma gorge et il me disait : « Mais enfin, si vous fumiez deux paquets par jour et que vous étiez alcoolique, ben d'accord. » *Il ne voit pas de problème chez moi. Je n'ai pas de problème.* »

2.4.6 *Prise en charge inadaptée*

Cette patiente nous explique que ce que lui aurait proposé son médecin n'aurait pas été adapté à sa situation et que c'est pour cette raison qu'elle n'en a pas parlé :

- p7 : « Lui je suis sûre il m'aurait donné un traitement, de rentrer de tenir le cap. Or c'est pas ce que je désirais, j'avais envie d'être encadrée, d'avoir des gens qui me surveillent pas tout le temps mais avec qui je puisse parler la nuit le jour, j'ai besoin de ça. »

Pour cette autre patiente, le médecin généraliste ne l'aurait pas accompagnée dans sa démarche, estimant que la prise en charge n'aurait pas été adaptée car secondaire par rapport à la prise en charge d'un trouble dépressif sous jacent.

- p10 : « Et quand le docteur F. m'a parlé d'hospitalisation justement pour l'abstinence, quand je lui en ai parlé, lui par contre à ce moment là précis, il n'était pas d'accord. C'était pas le moment. Auriez vous attendu quelque chose de votre médecin par rapport à l'alcool ? Non, parce que je pense que pour lui c'était PAS UNE PRIORITE. j'étais tellement dans une période où j'ai même été suicidaire donc par rapport à ces douleurs, physiques et morales. »

Pour lui c'était pas une priorité. Pour lui la priorité c'était que j'y vois plus clair en moi, déjà enlever ce premier sentiment de honte de culpabilité.

2.4.7 *Empathie*

Le manque d'empathie a été décrit comme une des raisons qui a empêchée la mise en place d'une démarche de soins :

- p7 : « Parfois on se sent incompris. »

Éléments ayant eu un impact négatif sur le déclenchement d'une prise en charge en soins primaires

Une relation trop récente ou au contraire trop intime avec le médecin traitant a été considérée comme un frein à la discussion sur la question de l'alcool. La peur est un obstacle fréquent : peur d'être jugée, incompris, peur de blesser. Parfois c'est la peur de perdre la confiance de son médecin qui peut constituer un frein.

La représentation du médecin généraliste ou de son médecin généraliste, ne permet pas de le considérer comme une personne ressource, contrairement au psychiatre ou à l'addictologue. Il peut s'agir de sa fonction (docteur du corps) comme de sa personnalité.

Enfin, certains patients ont le sentiment que leur médecin ne saura pas ou ne voudra pas (déli) voir leur problème.

2.5 Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépendance alcoolique

L'analyse des entretiens a mis en avant ce nouveau thème. Celui ci nous permet de comprendre la dimension donnée par les patients alcoolodépendants à leur médecin généraliste dans leur démarche de soin.

Sont ressorties quatre occurrences :

- **Acceptation de la maladie**
- **initiation d'une démarche de soins**
- **premier recours**
- **spécificité de la dépendance alcoolique**

Occurrences	Unités de signification
Acceptation de la maladie	91, 97, {98}, 102, 118
Initiation d'une démarche de soin	17, 40, {73}, 92, 119,120, 121, 163, 165, {166}, 203, 204, {214}, 246, 286, {297}, 321, 322, 323, 358, 398, {415}, 451,452, {470}, {471}
Premier recours	94,135, 186, 187,188
Spécificité de la dépendance alcoolique	11, 345, 349, 350, 351, {373}, {374}, 352, 365 404, 405, {416}

2.5.1 Acceptation de la maladie

Pour ces deux patients, le médecin généraliste a permis la mise en place des soins car il leur a permis de se confronter à la réalité de leur condition :

- p4 : « Ca met un coup au début, on se rend vraiment compte du problème que l'on a, quoi. On est vraiment (...), on est face à ses problèmes. *{ton hésitant}*. »
- p5 : « On est bien d'accord on parle d'addiction ? « Oui ». Il m'a bien fait comprendre que ce n'était pas une crise d'appendicite quoi. »

2.5.2 Initiation d'une démarche de soins

Pour cinq des patients, parler d'alcool avec leur médecin leur a permis de franchir le pas entre la volonté de se soigner et la réalité d'une prise en charge.

Ainsi, cette patiente, faisant référence à l'impact de l'entretien avec son médecin, nous dit :

- p1: « Ben déjà le fait d'en parler, OUI. »

Tout comme cette patiente nous parlant du caractère déterminant de l'entretien dans sa décision de prise en charge :

- p3 : « Oui ! {Le ton est ferme}. »

Ce patient nous exprime clairement le rôle joué par son médecin :

- p6: « Tout à fait, parce que jusqu'alors j'avais la velléité même si j'étais vraiment décidé mais c'était une velléité. Mais entre le passage à la décision et le désir y' avait quand même un fossé donc ça a été très important, très important. »

Pour d'autres, au contraire, autant le généraliste a joué un rôle dans la mise en place des soins, autant la démarche était à l'initiative du patient ; Nombreux sont ceux qui se sont rendus chez leur généraliste en ayant pris seuls la décision de se soigner.

- p5: « Non, elle était prise avant. Mais c'est vrai que la décision c'est pas lui qui m'a dit « Madame D il faut peut-être commencer à... » Non, c'est moi je me suis dit il faut faire quelque chose. »
- p8: « Non. Parce que quand je suis allé le voir j'avais déjà pris la décision de me prendre en charge. Voilà. »
- p13: « C'est pas ça qui m'a incité à me soigner non. »

- p14: « Non, *{le ton est catégorique}* j'avais déjà pris ma décision. »

2.5.3 Médecin généraliste en premier recours

Certains patients se sont orientés vers leur médecin généraliste car pour eux, il ou elle, représentaient la solution à leurs problème de dépendance. Et ce, indépendamment de la réussite ou de l'échec de la prise en charge mise en place.

- p4 : « Je voyais pas vers qui d'autre me tourner. »
- p6: « Progressivement d'abord il pensait qu'on arriverait à trouver. »

Pour ce patient, le généraliste a été le premier acteur de sa prise en charge. Il l'a considéré comme un interlocuteur privilégié, susceptible de l'aider dans la mise en place de soins adaptés, ici en l'occurrence un sevrage.

- p8: « Parce que quand je me suis aperçu que je buvais trop je lui en ai parlé à lui pour que nous arrêtions, enfin pour qu'il m'aide à arrêter, pour que nous arrêtions ensemble. »

2.5.4 Spécificité de la dépendance

Pour plusieurs patients, il n'appartenait pas au médecin de tenter de soigner leur dépendance. Pour autant, ils ont, malgré tout, fait appel à lui pour les aider dans leur démarche de soins :

p1 : « Mais c'est pas son domaine !! »

p14 : « Et je pense qu'il n'a pas suffisamment de spécialisation peut-être pour se concentrer là-dessus. C'est pas de sa faute! C'est la médecine qui est faite comme ça. *{Sourit avec affection.}* »

Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépendance alcoolique

Pour les patients de notre étude, le médecin généraliste a plusieurs dimensions. Il peut représenter le premier recours comme un interlocuteur inadapté. Pour certains il sera le déclencheur d'une prise de conscience de la nécessité des soins, pour d'autres il ne sera qu'une aide à la mise en place de ces derniers.

2.5.5 Aparté :

Au cours des entretiens, certains patients ont fait état de l'implication de leurs familles et proches dans l'initiation de leur démarche. Ces éléments n'étaient pas utiles à proprement parler à l'enquête mais nous avons jugé bon de les mentionner :

- p1 : « Le fait est que mon ami a le même médecin que moi et comme il ne se sentait pas très à l'aise non plus vis à vis de cette situation, lui aussi de son côté lui en avait parlé. Donc quelque part il m'a tendu la perche ce qui m'a permis de franchir le pas et d'en parler avec mon médecin. »
- p3 : « Oui étant donné qu'elle était déjà au courant. Parce que ma fille c'est un radar, elle m'a dit il faudrait que tu prennes rendez-vous, t'as besoin de te prendre en charge, ainsi de suite. »
- p11 : « Donc il a fallu quand même que je lui dise donc comme elle soigne aussi mon épouse, elle s'est plainte. Elle a dit : « bon C., va falloir faire quelque chose pour D. parce que y a des fois c'est catastrophique ». »

L'entourage proche occupe, dans certains cas, une part importante dans les décisions prises par les patients.

Il a un rôle d'intermédiaire avec le médecin traitant.

De plus une patiente a parlé de son ressenti à l'issue de sa prise en charge :

- p3 : « Pour le moment, je positive. Oui. Là je suis en train de {...} remonter, de sortir du trou. Au fur et à mesure, je reprends goût, je suis en train de reprendre goût à quand j'étais... A ce que je faisais avant. »

La mise en place d'un traitement autour de la pathologie, en accord avec les désirs du patient, peut être à l'origine d'une amélioration de la qualité de vie.

IV) Discussion

1. Critique de la méthodologie

1.1 Méthode d'échantillonnage

Le recrutement a été uniquement hospitalier ce qui pouvait sous entendre un biais de sélection, En effet, nous pouvions penser qu'une prise en charge hospitalière influencerait le ressenti des patients sur le rôle de leur généraliste en sous entendant un échec de prise en charge ambulatoire. Or il est apparu au cours du travail de recherche que plusieurs patients avaient été orientés directement par leur médecin généraliste vers une structure hospitalière, sans mise en place d'une démarche de soins, ambulatoire, préalable.

Cela étant dit le biais de sélection reste important.

Les patients interrogés constituent une minorité des personnes alcoolodépendantes, celle dont la dépendance physique sévère ou l'état du patient dans sa globalité (somatique, psychologique, social) justifie une hospitalisation. N'ont pas été inclus les patients en sevrage ambulatoire ou en objectif de réduction de la consommation.

C'est le biais principal du travail.

La petite taille de l'échantillon se justifie d'une part par le type de méthode choisie, d'autre part parce que nous sommes arrivés à saturation des données.

1.2 Critique de la méthode de recueil

Nous avons choisi la méthode des entretiens semi-structurés car elle semblait la plus adaptée à notre objectif de recherche.

Nous avons essayé de cibler tous les aspects de la consultation de médecine générale dans les questions de la grille d'entretien.

Nous avons anticipé sur les biais externes en réalisant les entretiens dans un bureau neutre et calme en essayant au maximum de respecter les agendas des patients qui étaient hospitalisés lors du recueil des données. Pour ce faire, ils étaient prévenus du jour choisi pour l'entretien et étaient informés par le directeur de thèse de ce qui était prévu.

De plus lors des entretiens il n'y avait aucun observateur silencieux susceptible d'influencer les réponses des patients (9).

Cependant plusieurs autres biais sont apparus au cours de notre travail :

- un biais interne lié à mon statut de médecin, généraliste de surcroît. En effet certains patients n'ont pas été au bout de l'expression de leur ressenti par peur d'être médisant concernant la profession.

- un biais d'investigation :

N'ayant pas l'habitude de ce type d'étude, j'ai pu parfois, notamment lors des premiers entretiens, influencer le discours des patients par des questions de relance trop fermées ou trop orientées.

- un biais de mémoire :

Les patients étaient hospitalisés pour la première fois pour un sevrage alcoolique mais pour certains, l'entretien avec leur généraliste était assez éloigné dans le temps et se rappeler des circonstances et du discours tenu a parfois pris du temps.

Cependant pour la plupart, ils se rappelaient très bien de ce temps de consultation avec leur médecin. Les questions de relance sur les unités de temps et de lieu les ont aidé dans ce travail de mémoire.

- un biais d'interprétation :

Nous avons pu obtenir des enregistrements de bonne qualité. Le relevé des aspects infra-verbaux a lui aussi été fait consciencieusement.

Les propos des participants ne prêtaient pas à confusion, mais le regroupement des unités de signification en occurrence puis en thème ayant été fait uniquement par moi-même, ce biais était inévitable.

Une des limites de notre enquête est son manque de représentativité statistique. Cependant ce n'est pas le but de ce type d'étude (20). Les résultats pourraient être utilisés secondairement pour l'élaboration du questionnaire d'une enquête quantitative sur un échantillon représentatif.

2. Discussion autour des résultats de l'enquête

2.1.1 Conditions de réussite de la prise en charge proposée par le médecin généraliste :

Dans ce chapitre, nous avons mis en évidence l'importance de l'orientation spécialisée dans le sentiment de réussite de la prise en charge des patients recrutés.

Comment ceci peut-il s'expliquer ?

D'une part, par le profil des patients interrogés, qui ne correspond pas à la majorité des patients dépendants. En effet, au moment du recueil des données, tous les patients étaient hospitalisés, dans l'optique d'une abstinence. Les recommandations actuelles, pour la dépendance, conseillent l'abstinence du fait du risque individuel lié à la dépendance physique. Cependant, modérer les objectifs de consommation à la baisse est aujourd'hui considéré comme une solution si le patient n'est pas prêt pour l'abstinence (4).

La spécificité de notre recrutement fait donc qu'il est impossible d'intégrer les résultats dans la réalité de la prise en charge des patients alcoolodépendants en médecine ambulatoire, a fortiori générale.

On remarque aussi que les patients ont beaucoup parlé de la nécessité d'une mise en place rapide des soins une fois la décision prise.

On constate notamment les difficultés qu'ont eu 2 des patients devant un délai trop long entre le début de la prise en charge par leur médecin et l'hospitalisation. Ces difficultés étant liées à la peur de la rechute.

Là encore le profil des participants peut avoir fait la promotion de la nécessité d'une telle démarche du fait d'une dépendance physique marquée et/ou d'une comorbidité psychiatrique

associée. Le contexte familial fragile fait aussi partie des raisons justifiant une prise en charge rapide (3, 4).

Nous retiendrons aussi que le côté spécialisé, fermé, et encadrant de la structure hospitalière dédiée, et notamment à petite échelle, a été plébiscité de nombreuses fois car il permettait un sentiment d'accompagnement mieux ressenti et de ce fait une meilleure adhésion au traitement de leur pathologie.

Ceci peut éventuellement s'expliquer par un sentiment d'isolement des patients concernés, notamment par un entourage peu présent ou par la présence de comorbidités associées, notamment l'association avec un syndrome dépressif.

Enfin, certains patients ont mis en avant leur intérêt pour une structure de petite taille, par opposition aux grands centres de soins, par le côté intimiste et réconfortant qu'elle pouvait représenter pour eux.

De telles structures de soins pourraient être un relai intéressant à une prise en charge initiale par le généraliste en se positionnant comme un recours pour le praticien en cas d'échec ou d'impossibilité de prise en charge et comme un intervenant « humanisé » pour le patient si son souhait est celui de l'institutionnalisation.

Elles pourraient se placer en relais de la structure familiale quand le sevrage ambulatoire est impossible.

Le site internet addictoclic.com est une plate forme susceptible d'aider patients et médecins à trouver les structures adaptées.

La question du suivi aurait pu justifier d'être incluse dans notre grille d'entretien. Elle a été abordée par quelques patients mais en dehors du canevas de la grille d'entretien.

Cette question de la place du généraliste dans le suivi du patient dépendant à l'alcool pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude.

Malgré les limites évidentes, liées à la population recrutée, nos résultats nous montrent comment les patients placent leur médecin traitant comme pivot dans l'orientation du parcours de soins (4). L'établissement d'un projet de soins, en accord avec les choix du patient et une grande disponibilité sont plébiscités et sont en accord avec la littérature actuelle.

Pour finir, il est judicieux de critiquer le titre de cette partie car la décision de soins doit être partagée et non pas le reflet de la seule proposition du médecin.

2.1.2 Freins à l'aboutissement d'une prise en charge de qualité

Lors des entretiens, les patients ont pu s'exprimer sur les difficultés qu'ils ont eu une fois le problème de la dépendance abordée avec leur médecin.

Une des premières limites à une prise en charge de qualité a été le sentiment de n'avoir pas été soigné comme ils se l'étaient imaginés au départ.

On a pu constater pourtant que le respect de la volonté du patient quant au choix du type de prise en charge avait été considéré comme un argument positif de la prise en charge par le généraliste.

Cette dimension du désir du patient et de la nécessité de son implication et de son adhésion dans le choix de la prise en charge semble donc, selon les patients, une donnée importante à prendre en compte par le médecin généraliste dans le traitement de la dépendance alcoolique.

Elle est un des piliers de l'EBM. Elle semblerait être une condition sine qua none à une prise en charge réussie.

Ce point de vue est décrit dans la littérature actuelle.

Ensuite l'analyse des entretiens a mis en lumière le recours très fréquent à un traitement médicamenteux notamment pour le maintien de l'abstinence. Souvent celui-ci a constitué un frein à une prise en charge ambulatoire réussie : sentiment d'inefficacité, mauvaise observance ou mauvaise tolérance en ont été les causes principales.

Là aussi, le profil des participants de notre étude a certainement influencé les résultats.

L'objectif de consommation des patients interrogés était l'abstinence stricte.

Nous savons que les différents médicaments proposés dans l'aide au maintien de l'abstinence ont une efficacité certaine mais ont aussi des failles.

L'acamprosate, a une efficacité certaine dans le maintien d'une abstinence stricte mais peu d'efficacité dans la prévention du dérapage en cas de consommation accidentelle.

La naltrexone prévient le dérapage mais a moins d'efficacité dans le maintien d'une abstinence stricte (14).

Le disulfirame n'a pas été prescrit chez les patients de notre étude, le baclofène n'avait ni l'AMM ni la RTU et nalmefène n'était pas encore sur le marché au moment du recueil des données, nous n'en parlerons donc pas.

La prescription de ces thérapeutiques sous-entend une information claire du patient sur les différences entre les molécules pour permettre une adhésion. Il devra être prescrit au cas par cas afin d'être le plus efficace possible (4, 14).

Nous n'avons pas posé de questions sur les modalités des traitements médicamenteux cela n'étant pas l'objet de l'enquête. Cependant, l'analyse des entretiens a quand même pu mettre en avant que les patients attendaient beaucoup des médicaments proposés.

Alors comment, en tant que médecin généraliste, peut-on intégrer la réalité de l'efficacité des médicaments de la dépendance alcoolique dans la prise en charge des patients pour que celle-ci s'inscrive dans une démarche positive et aidante ?

Il convient d'informer les patients sur les réels intérêts de ces traitements pour éviter le sentiment d'échec et permettre une meilleure observance.

Cette mauvaise « expérience » médicamenteuse, tient sûrement au fait que la médecine générale est une médecine du quotidien conférant au généraliste un certain pouvoir de guérison, en tout cas de résolution rapide des problèmes de santé. Ainsi peut-être certains patients ont-ils pensé pouvoir être traités de leur dépendance comme ils auraient pu être soignés pour une fièvre ou un ongle incarné.

Le manque d'information a été décrit comme limitant la prise en charge : manque d'information sur la définition de la dépendance, sa chronicité et des conséquences potentiellement morbides. Le médecin généraliste devrait être une source d'information pour les malades.

Le manque de disponibilité du praticien et l'abandon du patient ont été des freins à une prise en charge de qualité.

Pourtant il semble qu'une plus grande disponibilité, notamment dans les entretiens de suivi pourrait permettre une meilleure adhésion à un projet ambulatoire et ainsi éviter un abandon de la démarche de soins par les patients.

Une meilleure formation sur le mésusage, son traitement et son suivi doit donc faire partie de la formation initiale du médecin généraliste car le médecin généraliste est un recours permettant un accompagnement de longue durée (4, 6, 11).

Une rémunération adaptée pourrait être intéressante car elle permettrait là aussi une plus grande disponibilité du praticien qui se rapprocherait ainsi de la dimension temporelle du patient dépendant.

Ces deux notions formation et rémunération, sont d'ailleurs évoquées par les généralistes eux-mêmes pour permettre à leur sens une meilleure prise en charge (1, 21, 22).

Dans le domaine de l'alcoologie, il n'y a pas de parcours de soins standard. Le médecin doit s'entourer d'un cadre consensuel mais celui-ci devra toujours s'adapter à la singularité du patient (3,4).

Nos résultats mettent en avant cette réalité en projetant la gestion trop protocolaire comme un facteur négatif de la prise en charge.

2.1.3 Qualités du médecin généraliste

Etudier les éléments propres au médecin généraliste sur l'initiation d'une prise en charge de la dépendance était l'objectif principal de notre étude. L'analyse a mis en avant les qualités humaines des médecins généralistes ayant permis d'aboutir aux soins du patient, indépendamment de la réussite ou de l'échec.

Il en ressort un panel très important de qualités humaines que les patients trouvent chez leur médecin.

Les patients interrogés ont clairement apprécié l'empathie et la bienveillance dégagées par leur médecin, notamment par l'absence de jugement de valeur qui en découle.

Parler d'alcool sous-entend aussi écouter le patient. Cette capacité d'écoute a été fortement plébiscitée. Elle se doit d'être attentive « Elle m'a écouté tout le long », pour permettre au patient de se livrer dans sa globalité autorisant ainsi une prise en charge de qualité.

Toutes ces qualités s'inscrivent dans un schéma de relation médecin malade positif.

La confiance est elle aussi un des piliers de la réussite de l'initiation d'une démarche de soins.

Les patients ont aussi insisté sur l'importance d'un climat de franchise qui a permis à certains de prendre conscience de la réalité de la pathologie et de la nécessité des soins.

Dédramatiser la pathologie de la dépendance a parfois permis un déclic dans l'adhésion au projet de soins.

Enfin un investissement personnel du médecin a été mis en avant comme une qualité s'inscrivant dans un contexte où la motivation, même si elle est présente, est souvent fragile. En témoignent les rechutes fréquentes indissociables de l'évolution de la pathologie.

Il semble aussi important que le généraliste s'implique en ayant peut-être un rôle d'aidant à la prise de contact avec des intervenants spécialisés quand la situation clinique et humaine le justifie.

Toutes ces qualités humaines sont pour les patients le reflet du professionnalisme de leur médecin.

Une relation médecin malade de qualité semble donc être au cœur de la prise en charge. Il conviendrait d'adopter une attitude bienveillante loin de contre-attitudes négatives pouvant nuire à la démarche. La littérature nous montre que ces contre-attitudes négatives sont pourtant les plus fréquentes chez les médecins (1, 22).

Depuis 2014, les textes officiels font état de la nécessité de favoriser une alliance thérapeutique avec le patient. Celle-ci est basée sur l'empathie. Le praticien doit faire preuve de capacité d'écoute bienveillante, loin du jugement de valeur. Il doit prendre en compte la dimension stigmatisante du mésusage.

Cette alliance thérapeutique doit avoir un caractère soutenant envers le patient.

Elle doit favoriser l'autonomie et le recours à des ressources extérieures.

Notre hypothèse principale est donc étayée par nos résultats et est en accord avec les nouvelles recommandations de bonne pratique.

2.1.4 Facteurs limitant une prise en charge par le généraliste

La prise en charge de la dépendance par le médecin généraliste n'est pas toujours une des étapes du parcours du patient.

Nous avons tenté d'apporter un éclairage sur cette question.

Au premier plan s'inscrit là aussi la relation médecin-malade, de deux manières :

D'une part, quand elle est ancienne, elle est le reflet d'une proximité importante. Plusieurs patients ont décrit une relation quasi paternelle avec leur médecin traitant, souvent médecin de famille depuis leur jeunesse. Ici la peur de nuire au lien, de blesser un « membre de la famille », a été un frein majeur.

Dans la même ligne, quand le lien qui se crée autour de l'accompagnement d'un patient devient fort, la peur de décevoir le médecin, de perdre sa confiance est au premier plan de l'absence d'initiation d'une prise en charge.

La relation médecin-malade, quand elle est à l'origine d'un transfert affectif important et/ou d'un contre-transfert inadapté, devient alors plus délétère que bénéfique en ce qui concerne la mise en place d'une démarche de soins de l'alcoolodépendance. Ceci pose problème car met le patient en difficulté pour exprimer son mal-être.

D'autre part, quand elle est au contraire trop jeune, trop récente, elle peut constituer une barrière à la discussion mais cette fois par peur de ne pas être compris, peur d'être jugé, peur de ne pas être bien accompagné.

Il conviendrait donc, pour chaque médecin, de trouver un équilibre nécessaire entre détachement professionnel et lien de confiance suffisamment fort, pour permettre un dialogue autour de la maladie. Il s'agit de trouver la « bonne distance ».

Par ailleurs, il ressort de notre étude le sentiment que le médecin généraliste ne sera pas un interlocuteur adapté, soit par manque de capacité, soit par manque d'empathie, soit par déni.

Une meilleure formation sur le repérage des conduites à risque, sur le mésusage semblerait être une solution pour pouvoir prendre en charge les patients avant l'entrée dans la dépendance et ainsi éviterait au patient la peur d'être jugé parce que dépendant.

Un travail sur les « bonnes attitudes » à utiliser en face d'un patient dépendant, une formation aux interventions psychosociales, à l'entretien motivationnel sont autant de possibilité d'améliorer la prise en charge ambulatoire des patients si ceux-ci sont entrés dans la dépendance.

Nous avons vu combien il peut être gratifiant de s'occuper des patients dépendants. Plusieurs patients ont exprimé leur satisfaction. Le savoir-faire du médecin peut être récompensé.

Les patients ont supposé un déni de leur médecin traitant si le sujet était abordé, alors comment lutter contre ce sentiment ?

En ayant une attitude positive, loin du jugement de valeur sous-tendu par les représentations sociales encore stigmatisantes de l'alcoolisme (4, 6). La connaissance des signaux précoces du mésusage est aussi nécessaire pour pouvoir parler au patient avant que celui-ci n'envisage de le faire (3).

Enfin les représentations du patient ont été un frein : le médecin est un docteur du corps. Il n'est donc pas apte à s'occuper d'une pathologie telle que la dépendance sauf si celle-ci revêt un caractère somatique prédominant.

Les campagnes d'information actuelles dans les médias sont peu présentes et accentuées surtout sur le côté du risque routier. On observe cependant un élargissement de l'information sur le repérage des conduites à risque. En n'étant pas uniquement axées sur les risques de l'alcool au volant, ces campagnes pourraient envoyer vers le généraliste qui pourrait, ainsi, s'inscrire dans un rôle d'intervenant de proximité indispensable à une prise en charge, au delà des conséquences somatiques.

Une médiatisation plus importante pourrait peut-être aider à la lutte contre les représentations sociales stigmatisantes et ainsi, pourrait permettre à un recours plus « libéré » aux acteurs de santé, notamment le médecin généraliste.

Encore une fois une formation initiale et continue sur le repérage du mésusage en amont de la dépendance serait une solution (4).

Au final, parler d'alcool avec son médecin généraliste n'est pas toujours possible. Les représentations psychiques, sociales et culturelles du patient alcoolodépendant sont un frein venant des deux parties. Les représentations du rôle du généraliste par le patient, le sentiment d'un manque de savoir-faire de celui-ci et la peur d'une mauvaise orientation de la prise en charge sont des limites supplémentaires au dialogue.

2.1.5 Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépendance alcoolique.

Nous avons vu que le généraliste est un acteur tout désigné de la prise en charge du patient dépendant par ses capacités d'approche globale permettant de gérer plusieurs dimensions d'un même patient (1, 4, 6).

Ceci fait de lui un interlocuteur privilégié pour le patient.

Nous avons, dans ce chapitre, essayé de comprendre comment le patient alcoolodépendant positionne son médecin et les compétences de celui-ci dans sa propre réalité.

Le médecin a parfois été un révélateur de la réalité d'une pathologie et par conséquent il a permis à certains patients de franchir le cap nécessaire à l'initiation d'une démarche de soins.

Notre étude a mis en avant le caractère déterminant du généraliste pour certains patients du fait des qualités déployées lors de l'entretien.

Ce constat d'un médecin « déclencheur » est toutefois modéré chez la plupart des patients interrogés. Le praticien n'était alors pas à l'origine de la décision de soins. On peut voir ici que sans volonté de soins de la part du patient aucune démarche n'est établie.

Ce constat a été théorisé par deux psychologues américains Prochaska et Di Clemente (1).

Il sous-entend que le médecin généraliste est au centre d'une réflexion au changement, et que celui-ci ne pourra être atteint qu'à la condition que la volonté du patient soit présente.

Notre étude nous montre qu'effectivement pour beaucoup de patients la décision de soins était de leur seul fait et c'est dans cette mesure qu'ils se sont tournés vers leur généraliste dans l'idée d'initier une démarche.

Ainsi même s'il n'est pas à l'origine du mouvement, le médecin généraliste est un rouage indispensable à celui-ci.

En tant que premier recours, on constatera que le médecin prend un caractère indispensable, voire devient un acteur à part entière pour certains dans l'aide au sevrage. Le même ressenti a été décrit dans le maintien de l'abstinence.

« Pour que nous arrêtions ensemble, c'était des consultations quand je voulais, il était disponible. »

Le médecin généraliste devrait donc être systématiquement présent dans la prise en charge de l'alcoolodépendant car il a un rôle à jouer dans toutes les étapes (4).

A contrario, il y a certains patients pour lesquels le médecin généraliste ne sera jamais un recours dans leur problème de dépendance alcoolique sans pour autant que cela soit vécu négativement :

« C'est pas son domaine. » « C'est pas sa faute, c'est la médecine qui est faite comme ça. »

L'évolution des recommandations qui recentre le médecin généraliste au cœur du parcours de soins du patient en mésusage, les modifications concernant les objectifs thérapeutiques, l'apparition de nouvelles molécules visant la réduction contrôlée des consommations, ainsi qu'une meilleure formation devraient permettre un changement des représentations des patients notamment dépendants.

On retiendra donc de notre étude, que pour les patients, le médecin généraliste a sa place dans la prise en charge de leur dépendance. Pour la plupart d'entre eux (80%) il a été un intervenant susceptible de les aider, indépendamment de l'évolution de la démarche mise en place. La place de l'entourage est essentielle dans l'initiation de la démarche.

Une relation médecin-malade positive basée sur une écoute bienveillante et sur l'empathie permet la mise en confiance du patient dépendant. Elle doit se résumer par une alliance thérapeutique.

Le patient est la clé de voûte de la prise en charge et doit être sollicité à toutes les étapes.

L'adhésion au type de prise en charge est indispensable.

Celle-ci devrait être rapide, encadrante, humaine, et devrait s'inscrire dans la durée.

Le recours à des intervenants spécialisés a été plébiscité dans notre étude mais ce résultat doit être considéré avec prudence du fait des limites liées au recrutement des participants.

V) Conclusion

L'alcool est une drogue aux répercussions multiples, somatiques, psychiques, sociales. Il s'agit d'une drogue du quotidien, encore trop souvent stigmatisante.

La dépendance alcoolique est une réalité souvent mal vécue par les personnes touchées. Elle nécessite donc une approche adaptée.

Le médecin généraliste est un acteur de proximité reconnu par les patients dépendants. Cette implication peut aller de l'acceptation de la maladie, au suivi prolongé après sevrage thérapeutique.

D'après notre étude, quand elle est mise en place, la démarche de soins devrait impliquer le médecin traitant mais devrait aussi faire appel à d'autres intervenants spécialisés quand la prise en charge ambulatoire est un échec, qu'elle n'est pas réalisable, ou qu'elle soit le choix du patient.

Elle devrait toujours être réalisée selon la volonté du patient et en accord avec celui-ci dans le choix de l'orientation de cette prise en charge afin de garantir une adhésion au projet de soins, en accord avec les recommandations.

Le point de vue des patients sur la place de leur médecin généraliste semble s'accorder avec les données de la science qui le place au centre de la prise en charge.

Dans tous les cas une relation positive entre le médecin et son patient est un des atouts mis en avant par les patients. Elle doit respecter la « bonne distance ».

La réalisation d'une étude miroir entre les patients et les médecins généralistes pourrait être intéressante dans l'optique d'une évaluation des pratiques au cabinet tant dans la gestion des usages à risques et nocifs que dans la gestion de la dépendance alcoolique. Les changements de paradigme autour des objectifs thérapeutiques du mésusage, l'acceptation de la réduction des consommations comme une éventualité chez le patient dépendant, l'arrivée de nouveaux traitements sont autant de perspectives d'évolution intéressante pour la pratique de l'alcoologie en médecine générale.

VI) Résumé

Introduction : Les conséquences nocives de l'alcoolisation sur la santé sont diverses. La dépendance en est une des illustrations. Le médecin généraliste est un acteur indispensable de la prise en charge des patients en mésusage. Il est le pivot des soins.

Qu'en pensent les patients ? L'objectif de notre étude sera de recueillir leur opinion sur la place du médecin généraliste dans l'initiation de leur démarche de soins. **Méthode** : il s'agit d'une étude qualitative réalisée au moyen d'entretiens semi-structurés sur 15 patients hospitalisés pour un premier sevrage physique. **Résultats** : l'étude met en évidence cinq thèmes qui définissent la place du médecin généraliste à travers le ressenti des patients. Pour les patients dépendants, le médecin généraliste à tous les niveaux de la prise en charge, de la décision de soin au suivi de l'abstinence. Les qualités humaines ont bien une influence sur l'initiation de la démarche de soins. Une attitude bienveillante et empathique loin des représentations psychiques stigmatisantes sont essentielles à la démarche. L'implication du patient dans sa prise en charge est une des clés de la réussite de celle-ci, au delà du type de soins proposé. **Discussion** : Notre étude présente des limites liées au recrutement hospitalier des participants. Néanmoins, elle se fait l'écho de la dimension donnée au médecin généraliste dans la littérature récente. La réalisation d'études miroir entre patients et médecins est intéressante pour évaluer les pratiques dans la gestion de la dépendance.

Mots-clés :

Alcoolisme, médecine générale, patients, entretiens

ABSTRACT :

Introduction : There are multiple harmful consequences of alcohol use. Dependence is one of them. All aspects of alcohol use disorders can be handled in general practice. General practitioner is the center of treatment journey. What do the patients think? The goal of our study will be to collect patients feelings about their doctor, during the beginning of their treatment. **Methods** : It is a qualitative study using semi-structured interviews. 15 patients were included, while they were dealing with alcohol withdrawal for the first time. **Results** : For people with alcohol dependence, general practitioner is present at every step, starting

with decision of treatment to following the patient while abstinent. Human qualities are important. They have an action on beginning of medical care. Practitioner must be friendly and empathic. Involving the patient is one of the keys of quality care, regardless on care orientation. **Discussion** : Our study has limits. The most important one is that dependent patients were hospitalized so they could work on alcohol withdrawal. Nevertheless our study is the reflection of general practitioners role in new medical guidelines. Mirror study between patients and doctors could be interesting in trying to understand possible care technics and their efficiency in general practice.

Keywords :

Alcoholism, generale practice, patients, interviews

VII) Bibliographie

1. Huas D, Rueff B. Alcool et médecine générale. 1^{ère} édition. Mayenne : GMSanté ; 2010.
2. Craplet M. Historique des conduites d'alcoolisation. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. 1^{ère} édition. Paris : Flammarion ; 2006. 303-306.
3. Castera Ph, Paille F. Mésusage de l'alcool : repérer, évaluer, motiver, accompagner. Revue du Praticien Médecine Générale. 2014 ; 28(931) : 813-818.
4. SFA. Mésusage d'alcool : Dépistage, diagnostic, traitement. Messages clés. Alcoologie et Addictologie 2015 ; 37(1). 10-68
5. Haute Autorité de Santé. Outil d'Aide au repérage précoce et à l'intervention brève. [Consulté le 07/11/15]
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf
6. Anderson P, Gual A, Colom J, Inca (trad). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris : INPES ; 2008. 141p.
7. Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ : British Medical Journal*. 2013; 346:e8501.
8. Castera Ph, Kinouani S, Joseph JPh. Repérage précoce et interventions brèves. Succès et limites. Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37(1) : 85-92.
9. Huas. D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? Exercer. 2010 ; 90(21) : 20-3.
10. Castera Ph, Dépendance à l'alcool en médecine générale : le bilan biologique une opportunité pour engager le dialogue avec un patient identifié. NMF-15.06-00004481-juillet 2015.

11. Castera Ph, Maurat F, Fleury B, Demeaux JL. Peut-on repérer en routine les mésusages d'alcool ? Médecin 2007 ; 3(7) : 330-3
12. Gilje Lid T, Malterud K. General practitioners strategies to identify alcohol problems : a focus group study. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2012 ; 30. 64-9.
13. Mules T, Taylor J, Price R, Walker L, Singh B, Newsam P, Palaniyappan T, Snook T, Ruselan M, Ryan J, Santhirasegaran J, Shearman P, Watson P, Zino R, Signal L, Fougere G, Moriarty H, Jenkin G. addressing patient alcohol use : a view from general practice. J PRIM HEALTH CARE 2012 ; 4 (3) : 217-22.
14. Aubin H-J, Benyamina A, Karila L, Luquiens A, Reynaud M. Stratégies actuelles de prise en charge des troubles de l'alcoolisation. La Revue Du Praticien 2011 ; 61. 1373-77.
15. Aubin HJ, Reimer J, Nutt DJ, et al. Clinical relevance of as-needed treatment with nalmefene in alcohol-dependent patients. Eur Addict Res. 2015; 21:160–168. (abstr).
16. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Le Nezet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. OFDT 2015 ; Tendances n°99. 1-3.
17. Institut national de la santé et de la recherche médicale. [Consulté le 03/05/2014]
<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives>
18. Beck F, Richard J-B, épidémiologie de l'alcoolisation. EMC- Endocrinologie-Nutrition 2012 ; 0(0) : 1-9 [article 10-384-B-10]
19. Tovar M-L, Le Nézet O, Bastianic T. Perception et opinions des Français sur les drogues. OFDT 2013 ; Tendances n°88. 2-4.
20. Frappé P. Initiation à la recherche, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Edition 2011. Mayenne : GMSanté ; 2011

21. Gallois P, Emeriaud P, Charpentier J-C. Le problème « alcool » en médecine générale, 2301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. *Médecine* 2006 ; 2(7) : 320-324.

22. Gache P. Prise en charge du patient alcoolo-dépendant : Préjugés et contre-attitudes. *Rev Med Suisse*. 2000 ; 2316. 1p.

VIII) Annexes

1. Annexe 1 : Guide d'entretien

Le guide d'entretien était le suivant :

Présentation de la séance:

« Bonjour, je m'appelle Stéphanie Aymard, je suis médecin généraliste. Afin d'obtenir mon doctorat en médecine, je réalise une thèse dont l'objectif est d'explorer le rôle joué par les médecins généralistes dans la décision de soins chez les patients souffrants d'alcoolodépendance. Pour cela, je cherche à recueillir le ressenti de ces patients. Notre entretien sera enregistré par l'intermédiaire d'un dictaphone. Il sera ensuite retranscrit et analysé par moi même. Lors de cette retranscription et cette analyse, votre nom n'apparaîtra jamais dans le but de garantir votre anonymat, ainsi que celui de votre médecin. Ainsi, vous pouvez vous exprimer librement. Il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses. Je vous demanderai simplement, s'il vous plaît, de ne pas parler trop vite et en articulant afin de recueillir des informations de qualités. »

Grille d'entretien avec les patients

Présentation du patient :

Age, profession, ancienneté de la relation avec le médecin traitant, sexe.

Grille d'entretien:

- Avez-vous parlé d'alcool avec votre médecin traitant?
- **Question intermédiaire: Si oui, lequel de vous deux en a parlé le premier?**
- **Question intermédiaire: Si non, pourquoi ne pas en avoir parlé?**

EN CAS DE REPONSE AFFIRMATIVE A LA QUESTION 1 :

- Comment s'est déroulé l'entretien?
- ***Question de relance : Que lui avez-vous dit?***
- ***Question de relance : Que vous a-t-il dit ?***
 - o ***QI*** : Où s'est déroulé l'entretien ? Au cabinet ?
 - o ***QI*** : Combien de temps a-t-il duré ?
 - o ***QI*** : S'agissait-il d'une consultation dédiée à l'alcool ?

- Qu'avez-vous pensé de la prise en charge proposée ?
- ***QR : que vous a-t-il conseillé ?***

- Qu'avez vous pensé de l'attitude de votre médecin pendant l'entretien ?
- ***QR : Qu'avez-vous ressenti ?***
- ***QR : Pouvez-vous préciser ? Pouvez-vous mettre des mots sur votre ressenti ?***
 - o ***QI*** : Vous êtes-vous senti(e) en confiance ? Ecouté(e) ?

- Pensez-vous que cet entretien a joué un rôle dans votre décision ?
- ***QR : Si oui, pourquoi ?***
- ***QR : Si non, pourquoi ?***

EN CAS DE REPONSE NEGATIVE A LA QUESTION 1 :

- ***QR : Quels ont été, selon vous, les facteurs limitant la discussion autour de l'alcool ?***
 - o ***QI*** : Qu'auriez-vous attendu de lui, d'elle ?

Fin de l'entretien :

Je vous remercie de votre participation.

2. Liste des unités de signification

2.1 Entretien 1

Unités verbales :

- 1) Très bien. De là il m'a dirigé vers un thérapeute sur Lesparre qui m'a suivi un petit peu avec une psychologue et un gastro-entérologue.
- 2) Très bien parce que bon il a d'autres patients dans ce cas là et euh (...)
- 3) Enfin il a un peu l'habitude.
- 4) Il a tout de suite eu la réaction de m'envoyer vers ce thérapeute.
- 5) La prise en charge par elle même était bien mais ça ne me convenait pas,
- 6) Puis je pense que je n'étais pas prête ; C'était pas suffisamment mûr dans ma tête.
- 7) Ça s'est passé comme une consultation classique, et de là, il m'a donné une adresse et m'a dirigé vers Lesparre. Voilà
- 8) *Je suis quelqu'un qui n'en parlait pas (...)*
- 9) Le fait d'en parler avec des professionnels ça m'a permis de relativiser la situation.
- 10) Je l'ai trouvé à l'écoute mais
- 11) C'est pas son domaine !
- 12) Il pensait qu'un suivi beaucoup plus cadré avec des gens qui travaillent sur l'addictologie tous les jours était beaucoup plus intéressant pour moi
- 13) Que de venir le voir une fois par mois juste pour prendre un traitement
- 14) Le fait est que mon ami a le même médecin que moi et comme il ne se sentait pas très à l'aise non plus vis à vis de cette situation, lui aussi de son côté lui en avait parlé.
- 15) Donc quelque part il m'a tendu la perche ce qui m'a permis de franchir le pas et d'en parler avec mon médecin.

Unités infraverbales

- 16) *Baisse la tête d'un air honteux*
- 17) *Ben déjà le fait d'en parler, OUI*

18) *J'ai pas continué (...), pour des raisons personnelles et pensant pouvoir peut-être aussi me débrouiller toute seul.e*

19) *Hoche la tête en signe d'approbation.*

2.2 Entretien 2

Unités verbales :

20) Il écoute bien, donc il m'a parlé, il m'a dit qu'il ne fallait pas que j'ai honte d'en parler avec lui justement.

21) Il m'a demandé ce que je buvais, combien j'en buvais, puis, savoir si je voulais me faire aider.

22) Oui, oui, oui!

23) Ah ben moi, très bien,

24) je peux lui dire merci

25) C'est grâce à lui que je suis là.

26) Il a été à l'écoute,

27) Dès que j'avais un problème, je l'appelais.

28) De suite le traitement

29) ensuite il m'a fait prendre rendez-vous avec le docteur B. alcoologue.

30) Tout en continuant à le voir lui aussi ;

31) Très bien, quand on a besoin d'aide. ; ça aurait pas été comme ça, si ça se trouve je serai pas là, j'aurais pas été là ou j'aurais laissé tomber

32) alors que là j'ai pas eu le temps de laisser tomber

33) Oui il a fait un peu le psychologue, oui.

34) Vous êtes vous senti gêné ? au contraire, au contraire parce qu'après il me parlait, il me disait « fais pas de bêtise ce weekend », de pas boire.

35) Bien, très bien.

36) il s'est passé un mois et c'était long, très long. J'ai eu peur de vouloir laisser tomber

37) C'était des consultations quand je voulais, il était disponible.

38) Les entretiens duraient le temps que j'avais besoin

- 39) Il m'a regardé et il m'a dit : tu sais c'est pas une honte, c'est bien d'en parler déjà,
40) c'est un grand pas que tu fais déjà de me parler, de me le dire à moi.

Unités infraverbales :

- 41) {*soupire*},
42) {*exprime un soulagement*}.
43) Non pas du tout !

2.3 Entretien 3

Unités verbales :

- 44) De là, bon, elle m'a arrêté, elle m'a mise sous antidépresseur, ainsi de suite.
45) Oui étant donné qu'elle était déjà au courant.
46) Parce que ma fille c'est un radar, elle m'a dit il faudrait que tu prennes rendez-vous, t'as besoin de te prendre en charge, ainsi de suite.
47) J'ai été la voir et on a pris la décision que je vienne
48) C'est elle même qui a pris rendez-vous avec D. d'abord et avec le professeur Emars au mois d'avril.
49) Mais c'est elle qui a fait toute les démarches.
50) Justement, qu'il fallait que je me prenne en main.
51) Est-ce que j'étais d'accord pour un traitement, pour une hospitalisation, ainsi de suite. J'ai dit que oui.
52) Je trouve qu'elle m'a bien prise en main et que c'est un bon médecin traitant.
53) Elle était à l'écoute, je n'ai eu que du positif, je n'ai pas ressenti de négatif avec elle.
54) C'est à dire qu'elle m'écoutait,
55) Qu'elle sentait mon mal-être,
56) Qu'elle comprenait mon mal-être.
57) Pour gérer les choses, elle m'a proposé directement l'hospitalisation.
58) Très bien.
59) Ça m'a permis, là je me sens positive, autant avant j'étais dans un trou,

- 60) Pour le moment, je positive.
- 61) Oui.
- 62) J'ai eu l'impression qu'elle ne me jugeait pas.
- 63) J'ai pas ressenti de jugement négatif.
- 64) Et j'ai eu l'impression que bon...qu'elle arrivait à me comprendre.

Unités infraverbales :

- 65) *Mais là, ce médecin traitant m'a vraiment bien prise en charge.*
- 66) *TRES BIEN !*
- 67) *{ désigne la pièce d'un geste de la main }.*
- 68) *C'est mon médecin traitant.*
- 69) *Très bien { fermeté du ton, semble contente }*
- 70) *{ triste } { ... }*
- 71) *là je suis en train de { ... } remonter, de sortir du trou.*
- 72) *Au fur et à mesure, je reprends goût, je suis en train de reprendre goût à...quand j'étais { ne termine pas sa phrase, nostalgique }, à ce que je faisais avant.*
- 73) *Oui ! { ferme }*
- 74) *{ soupire, exprime un soulagement }*

2.4 Entretien 4

Unités verbales

- 75) Oui, tout à fait, c'est lui qui m'a trouvé cette structure pour m'accueillir.
- 76) Eh ben , j'avais déjà fait des démarches avec lui il y a deux ans, je lui avais parlé que j'avais des problèmes d'alcool et je lui avais demandé s'il avait des solutions à me proposer, et à ce moment là il m'avait prescrit un médicament, je me souviens plus le nom, mais bon c'est un traitement qui bon...qui a marché, disons une semaine, mais bon après c'était plus suffisant ; et suite à ça je suis pas allé le reconsulter enfin le revoir par rapport à ce problème là
- 77) Je suis allé le voir de nouveau puis là en lui parlant vraiment que cette fois j'étais vraiment décidé à arrêter. donc il m'a conseillé de venir ici quoi.

- 78) Il m'a dit que j'avais raison.
- 79) c'était une bonne démarche.
- 80) Qu'il fallait le faire si j'en ressentais le besoin, voilà.
- 81) Il est très compréhensif.
- 82) C'est quelqu'un que je connais bien, il soigne toute la famille, quoi.
- 83) Donc c'est quelqu'un d'assez proche en qui j'ai confiance.
- 84) tout de suite il a compris le problème quoi.
- 85) Ah oui, oui, à l'écoute.
- 86) Ben tout d'abord, il m'a mis, je lui ai demandé de me mettre en arrêt de travail.
- 87) et puis il m'a prescrit des anxiolytiques et puis après on a cherché une structure capable de m'accueillir le plus rapidement possible, et puis...
- 88) Lui il pensait qu'ici c'était le mieux pour moi. c'était pas un gros truc comme Pellegrin ou une structure un peu, un peu... inhumaine.
- 89) Il a pris rendez-vous avec le secrétariat de l'hôpital.
- 90) Oui. Ca a été assez vite, mais c'est vrai que quand on se lance dans ces démarches on a pas envie que ça traîne...
- 91) Ca met un coup au début, on se rend vraiment compte du problème que l'on a, quoi.
- 92) Ah ben oui.
- 93) c'est grâce à lui que je suis assis ici.
- 94) Je voyais pas vers qui d'autre me tourner.
- 95) comme je dis, c'est quelqu'un d'ouvert, de très, très carré, que j'apprécie.
- 96) et puis bon c'est un médecin donc il est toujours tenu par le secret professionnel, c'est quelqu'un à qui on peut se confier.
- 97) On est vraiment {...}, on est face à ses problèmes

Unités infraverbales :

- 98) { ton hésitant }

2.5 Entretien 5

Unités verbales :

- 99) et bien sur c'était un peu l'effet de surprise et puis tout de suite on en a parlé.
- 100) il m'a dit « eh ben il va falloir voir un psychologue, des infirmiers des choses comme ça ».
- 101) il me dit « écoutez moi je connais un endroit ».
- 102) on est bien d'accord on parle d'addiction ? « oui » ;
- 103) Il me dit « je vais essayer de vous prendre un rendez vous ».
- 104) il a appelé lui même vous pouvez pas aller plus vite qu'un médecin je pense.
- 105) Rassurée, oui ça m'a rassuré... donc si ça m'a rassuré, on peut faire quelque chose
- 106) Oui c'est quelqu'un qui écoute vraiment beaucoup, qui écoute.
- 107) qui m'a déculpabilisée.
- 108) qui m'a félicitée... oui, on peut dire ça, qui m'a félicitée de ma démarche, sincèrement.
- 109) il m'a félicitée parce que ça devait pas être facile d'avoir fait la démarche.
- 110) il m'a écouté tout le long.
- 111) Moi après je lui ai dit... ah oui moi je voulais l'hospitalisation à tout prix, si c'est pour me faire traiter à la maison, ou deux jours là, deux jours là, je tiendrais pas, la preuve quand on m'a dit que j'allais rester deux semaines ici... (référence à son hospitalisation) et c'est ce qu'il faut !
- 112) et je voulais vraiment l'hospitalisation aussi, il pouvait comprendre, il m'a dit « si ça peut vraiment vous rassurer, de vous sentir entourée. ».
- 113) il m'a vraiment écoutée.
- 114) Et puis des conseils.
- 115) Il est...
- 116) ... ah oui il m'a dit « tout ce que vous avez chez vous vous le jetez ! » parce que j'étais même incapable de lui dire ce que j'avais comme médicaments par contre.

- 117) « je vous mets sous valium 10 mg, par contre arrêtez l'alcool tout de suite, faites venir des amis chez vous restez pas toute seule, mais arrêtez, ne prenez surtout pas d'alcool avec ça parce que ça va être la cata et puis de toute façon vous avez vite rendez vous.».
- 118) Il m'a bien fait comprendre que ce n'était pas une crise d'appendicite quoi.
- 119) Non, elle était prise avant.
- 120) . Mais c'est vrai que la décision c'est pas lui qui m'a dit « Madame D il faut peut-être commencer à... »
- 121) Non, c'est moi je me suis dit il faut faire quelque chose.
- 122) Quand on sauve votre enfant, après même si vous allez le voir pour de la bobologie...si je peux pas en parler à lui, lui dire, je pourrai jamais en parler à personne

Unités infraverbales :

- 123) *je vous laisse deux minutes, qui a pris le téléphone dans une pièce à coté, J'AURAI PAS VOULU ETRE LES PERSONNES EN FACE. !!*
- 124) {Sourit}
- 125) *y'avait celui de Perrens mais pas la peine que j'y remette les pieds, pour moi c'était terminé !*
- 126) *C'est le plus gros centre psychiatrique dont j'ai entendu parlé, si là bas ils peuvent rien faire pour moi !*
- 127) *à l'écoute oui !*
- 128) *c'est pas pour lui jeter des fleurs mais je peux vous assurer (...). {fière}*
- 129) *encouragée aussi !*
- 130) *Ah moi CONFIANCE TOTALE !!*
- 131) *si je peux pas en parler à lui, lui dire, je pourrai jamais en parler à personne.*

2.6 Entretien 6

Unités verbales :

- 132) je lui en ai parlé de suite parce que j'ai complètement confiance en lui.
- 133) donc il m'a dit que la seule façon d'en sortir c'était effectivement d'aller voir un alcoologue et d'essayer de traiter cette addiction dans les conditions évidemment ou j'aurai une prise en charge.
- 134) Donc il m'a conforté dans cette idée
- 135) progressivement d'abord il pensait qu'on pourrait arriver à trouver.
- 136) finalement quand il a vu que véritablement je ne m'en sortirai pas sans une aide extérieure très spécifique,
- 137) il m'a dit pourquoi pas ce à quoi j'ai dit oui de suite
- 138) le problème c'est que j'ai pris rendez vous il y a deux mois, mais évidemment le docteur E. m'a reçu quand il pouvait évidemment
- 139) donc j'ai a peu près eu deux mois, voilà (...)
- 140) deux mois difficiles
- 141) Mais il m'a conseillé directement de m'adresser au docteur E.
- 142) Donc j'en ai absolument besoin.
- 143) Très bien, très très bien !
- 144) parce qu'ils avaient des rapports sociaux de mondanités (avec leur patients) qui se sont révélés très choqués par le fait que la personne à qui ils avaient affaire était alcoolique.
- 145) Comme si c'était quelque chose d'absolument honteux
- 146) Pour mon médecin, c'était un accident de parcours du à la vie
- 147) Il trouvait qu'il était tout à fait normal de prendre ça en charge comme n'importe quelle autre... pathologie
- 148) il a cherché les meilleures solutions
- 149) il a proposé et j'ai accepté évidemment.
- 150) A t-il été à l'écoute ? Oui tout à fait
- 151) il a fait preuve d'empathie
- 152) ça tient en partie au fait qu'on se connaît,

- 153) donc il y a une espèce de dialogue qui est d'abord celui évidemment d'un patient à son médecin mais aussi de deux personnes qui se connaissent bien donc ce sont des rapports un peu particuliers, qui sont évidemment, par rapport à un anonymat.
- 154) Il m'a boosté
- 155) Donc nous avons parlé de tout ça j'en avais besoin.
- 156) il m'a aussi beaucoup aidé psychologiquement.
- 157) Dans l'ordre, il m'a conseillé de me débarrasser d'abord de l'alcool
- 158) d'abord, quelques petits conseils que l'on peut donner, qui sont très simples que l'on peut lire comme ça n'importe ou, entendre n'importe ou
- 159) disons me mettre un petit peu dans un milieu ou j'aurais à la fois disons une écoute et également les soins,
- 160) Je pense que c'est très bien parce que ça fait un break à la fois dans le temps, même si c'est très court et dans l'espace
- 161) Il m'a conseillé de suite de prendre rendez-vous avec l'alcoologue
- 162) je suis dans un espace relativement protégé et donc ça c'est très bénéfique
- 163) tout à fait parce que jusqu'alors j'avais la velléité même si j'étais vraiment décidé mais c'était une velléité.

Unités infraverbales :

- 164) *SURTOUT de passer par un spécialiste*
- 165) *L'entretien a-t-il été déterminant dans votre démarche de soins ? Ah tout à fait,*
- 166) *mais entre le passage à la décision et le désir y' avait quand même un fossé donc ça a été très important, très important*

2.7 Entretien 7

Unités verbales :

- 167) Donc non, je le connais pas, c'est pas facile de tout dire comme ça de tout débiller euh.
- 168) bon il peut y avoir un suivi mais bon j'ai pas envie de lui en parler.

- 169) et puis c'est pas...il est gentil et tout mais bon lui il m'a soigné pour les arrêts
le calcanéum, les radios les machins
- 170) il est nouveau pour moi
- 171) Rabâcher, à qui, à quoi. Qu'est ce que je vais lui dire?
- 172) il est nouveau pour moi ce médecin, j'ai pas encore très confiance,
- 173) je me sens pas très à l'aise. Voilà.
- 174) Bon c'est vrai qu'il m'a aidé physiquement par rapport à cet accident mais
après, parler..., j'ai pas confiance en lui
- 175) j'ai pas envie, j'ai pas envie de...
- 176) je le connais pas. Voilà.
- 177) je pense qu'il m'aurait filé des cachets ou voilà quoi.
- 178) Pas un encadrement, une hospitalisation au long terme.
- 179) parfois on se sent incompris.
- 180) Lui je suis sûre il m'aurait donné un traitement, de rentrer de tenir le cap.
- 181) hors c'est pas ce que je désirais, j'avais envie d'être encadrée, d'avoir des gens
qui me surveillent pas tout le temps mais avec qui je puisse parler la nuit le jour,
j'ai besoin de ça.

Unités infraverbales :

- 182) *Jamais ! {hausse le ton}*
- 183) *j'ai pas envie! {s'agace} 168*
- 184) *mais j'ai pas {...}*
- 185) *je suis pas prête à lui dire certaines choses {fait non de la tête} 174*

2.8 Entretien 8

Unités verbales :

- 186) Parce que quand je me suis aperçu que je buvais trop je lui en ai parlé à lui
pour que nous arrêtions, enfin pour qu'il m'aide à arrêter.
- 187) pour que nous arrêtions ensemble.
- 188) c'est moi qui ai abordé le sujet le premier, en lui disant que je buvais trop, que
j'avais besoin d'aide pour arrêter quoi.

- 189) il m'a fait une prescription, j'avais deux cachets à prendre.
- 190) Et puis bon ce traitement a duré une semaine, pendant une semaine j'ai arrêté de boire en prenant ce cachet par jour après pendant une semaine j'ai arrêté le cachet, j'ai recommencé à boire, après pendant une semaine j'ai repris le cachet, j'ai re-arrêté et j'ai recommencé à boire pendant 15 jours, enfin bon quoi ça a duré comme ça pendant un an à peu près.
- 191) Au bout de un an je suis retourné le voir pour lui dire que le traitement allait pas euh, il m'a represcrit le même traitement en un petit peu plus fort et en m'envoyant voir un psychologue.
- 192) le psychologue parce que moi je m'apercevais que j'y arrivais pas tout simplement.
- 193) J'ai arrêté d'aller voir le psychologue et puis j'ai arrêté le traitement voilà pendant pratiquement un an aussi.
- 194) Et c'est à partir de ce moment là que je me suis dis, quand même si moi j'arrive pas à m'arrêter de boire seul, il faut vraiment que je me fasse aider par quelqu'un d'autre, par des gens qui sont capable de le faire.
- 195) Et puis c'est grâce à ça que je suis arrivé ici.
- 196) Voilà, mais c'est lui qui m'a orienté.
- 197) il m'a répondu : « eh bien si vous buvez trop, on va essayer de faire les choses ensemble pour que vous arrêtiez de boire ».
- 198) Je l'ai trouvé prêt à m'aider, parce qu'on se connaît depuis très très longtemps. Il a vu naitre mes enfants c'est lui qui s'en est occupé, c'est lui qui s'en est occupé depuis qu'ils sont nés. Il me connaît très très bien à moi, il connaissait aussi très bien mes parents qui sont décédés entre temps.
- 199) il m'a dit : « si tu veux arrêter de boire, je suis la pour toi »
- 200) à l'écoute.
- 201) j'ai essayé de suivre le traitement qu'il m'a ordonné mais ça a carrément pas marché quoi enfin
- 202) Je pense que ça s'est passé très bien mais je suis arrivé à un point où je lui ai dit : « ce traitement là, ça ne va absolument pas. Plus ça va plus ça s'aggrave et puis avec ma femme ça allait de moins en moins bien.
- 203) Non. Parce que quand je suis allé le voir j'avais déjà pris la décision de me prendre en charge.
- 204) Voilà.

- 205) Là je pense avoir trouver ici les bonnes personnes pour m'aider et j'espère en sortant, ne plus jamais toucher une goutte.

Unités infraverbales :

- 206) J'ai été voir un psychologue qui en a eu plus ou moins carrément rien à faire de ce que je lui racontais (.) *{dubitatif}*,
- 207) enfin il s'est occupé de tout sauf de moi en fait. *{petit rire nerveux}*
- 208) c'est moi qui ai fait la démarche d'aller voir mon médecin traitant en lui disant :
- 209) « je veux faire une cure ! ».tout simplement.
- 210) Il a eu une réaction très très saine.
- 211) Il a eu une réaction saine oui ; *{hoche vigoureusement la tête}*
- 212) oui oui oui. !
- 213) c'était un engrenage, c'était INFERNAL quoi(.)
- 214) Lui, j'ai eu besoin de lui simplement en tant qu'aide quoi.

2.9 Entretien 9

Unités verbales :

- 215) disons qu'à chaque fois que j'ai essayé de, de, ...d'aborder le sujet, j'ai pas été franche du collier avec lui, j'ai essayé d'arriver par des...
- 216) Ben je pense qu'il m'aime bien et je pense qu'il est attaché à moi et euh je crois qu'il est pas du tout objectif en ce qui me concerne.
- 217) quand j'ai eu mon fils il a eu de gros problèmes de santé donc je l'ai beaucoup appelé quand je paniquais dès que mon fils respirait mal ou que machin et voilà on s'entend super bien au niveau humain, mais je crois qu'il a perdu le recul aussi avec moi. (.)
- 218) c'est... j'ai l'impression d'aller voir mon vieux tonton quoi.
- 219) Voilà et c'est à ma psy que je parle de ces trucs là.
- 220) j'avais l'impression qu'il était pas ouvert à cette possibilité quoi !

- 221) J'aurais eu besoin qu'on m'aide à le dire en fait et lui je pense pas qu'il pouvait.
- 222) C'est difficile de parler pour quelqu'un d'autre... c'est quelqu'un d'extrêmement non alarmiste ! {est réticente à s'exprimer, s'agace}
- 223) et je me rappelle d'un jour où je lui ai fait part d'une angoisse que j'avais mais une angoisse terrible par rapport à ma gorge et il me disait : « Mais enfin, si vous fumiez deux paquets par jour et que vous étiez alcoolique, ben d'accord. »
- 224) Et là j'avais envie de lui dire mais oui je suis alcoolique. Sauf que c'est pas sorti.
- 225) Voilà. J'avais peur de lui faire de la peine je crois. (...)
- 226) non. Je pense pas que c'est lui qui aurait pu m'aider.
- 227) Parce que c'est quelqu'un qui est dans l'affect et qu'il m'aurait probablement trouvé toutes les excuses du monde.
- 228) Et effectivement j'avais besoin de compréhension, probablement de compassion, mais j'ai besoin qu'on me dise les choses en face aussi et lui il est trop doux pour ça.
- 229) non je crois que c'est lui qui voulait que je reste et le truc c'est qu'il faut que je fasse 35 minutes de voiture pour aller le voir. Et j'ai toujours l'impression que quand je lui dis : vous savez c'est compliqué pour moi de venir ici, et ben ça le chagrine quand même. (...) c'est une relation plutôt paternelle alors ?
- 230) oui. Ce qui est très appréciable d'un certain côté mais qui ne me permet pas d'aborder certains sujets.
- 231) C'est étonnant ?
- 232) Et je répondais à ma mère mais je vais pas le voir parce que je suis pas malade (...) Donc je crois pas que dans ces circonstances il pouvait encore être mon médecin. Il manquait de distance professionnelle.
- 233) Et puis du coup, il y a des choses que moi je lui disais pas parce que je l'épargnais comme on épargne son papa voilà.
- 234) Donc au niveau médicale c'était plus satisfaisant.
- 235) Mais en même temps je ne vois pas de généraliste, je suis très rarement malade. Quand je vais chez le médecin, c'est chez le psy. Justement par rapport aux problèmes d'addiction que je règle avec elle.

Unités infraverbales

- 236) *Il ne voit pas de problème chez moi. Je n'ai pas de problème.*
- 237) *{hésite longuement} je... je vous dis c'est un truc affectif donc*
- 238) *ben disons qu'à chaque fois que j'ai été peut-être en difficulté, en position de lui dire, lui il se mettait vraiment beaucoup en position de psy. Je sais pas {souple longuement}, c'est un peu compliqué à expliquer.*
- 239) *Surtout j'avais l'impression que si je lui disais ça, ça allait durer des plombes et des plombes de conversation... pour rien.*
- 240) *C'est difficile de parler pour quelqu'un d'autre... c'est quelqu'un d'extrêmement non alarmiste ! {est réticente à s'exprimer, s'agace}*
- 241) *J'ai l'impression que j'allais lui faire de la PEINE*
- 242) *la relation médicale elle était faussée*

2.10 Entretien 10

Unités verbales :

- 243) *La première personne à qui j'ai parlé d'alcool c'est ma psy.*
- 244) *C'est la première personne parce qu'il fallait que ça sorte, il fallait que je le dise à quelqu'un. Voilà. Ça c'est la première personne. Et c'est elle qui m'a orienté vers... je ne sais plus comment ça s'appelle le service à l'hôpital de Langon, vraiment spécialisé dans les addictions.*
- 245) *j'ai rencontré plusieurs intervenants qui m'ont écouté et ensuite j'ai rencontré le docteur F. Voilà et c'est avec elle que j'ai vraiment pu en discuter quoi.*
- 246) *Peut-on donc considérer que votre médecin traitant a été un acteur de votre prise en charge ? Non.*
- 247) *Pourquoi ne pas en avoir parlé avec votre médecin ? Parce que je... Du fait de mes séances d'hypnose, c'est quand même, l'hypnose, c'est une relation qui est très forte avec la personne avec qui vous pratiquez et à chaque fois je me suis sentie en extrême CONFIANCE et je lui ai dit des choses à lui que je n'avais révélé à personne .*

- 248) et j'avais ce sentiment de HONTE, de CULPABILITE, je voulais surtout pas mêler ça,
- 249) MELANGER ça. Je ne voulais pas mélanger ça.
- 250) Et quand je lui ai dit, c'était vraiment qu'il fallait vraiment que je sois honnête avec lui, que je lui dise, voilà c'était ça.
- 251) Donc vous ne lui avez pas parlé parce qu'il y avait ce sentiment de peur et de culpabilité ? Oui. Tout à fait.
- 252) C'était ça, perdre cette relation de confiance qui était faite entre nous.
- 253) Vous a-t-il renvoyé une image « négative »? NON.
- 254) Quand il l'a su, il m'a dit que ça ne le surprenait pas, connaissant mon passé, ce que je subissais au niveau de mes douleurs et tout mon vécu, ça ne le surprenait pas, ça ne le surprenait pas du tout.
- 255) Et quand le docteur F. m'a parlé d'hospitalisation justement pour l'abstinence, quand je lui en ai parlé, lui par contre à ce moment là précis, il n'était pas d'accord. C'était pas le moment.
- 256) Mais je lui ai fait savoir, quand j'ai pris ma décision avec le docteur F. je voulais avoir son assentiment, savoir ce qu'il en pensait et lui il m'a dit oui que maintenant j'étais prête.
- 257) Auriez vous attendu quelque chose de votre médecin par rapport à l'alcool ? Non, parce que je pense que pour lui c'était PAS UNE PRIORITE. j'étais tellement dans une période où j'ai même été suicidaire donc par rapport à ces douleurs, physiques et morales.
- 258) Pour lui c'était pas une priorité. Pour lui la priorité c'était que j'y vois plus clair en moi, déjà enlever ce premier sentiment de honte de culpabilité.
- 259) Quand on est une victime on est pas coupable et déjà pour lui c'était ça.

Unités infraverbales :

- 260) je me suis sentie en extrême confiance.
- 261) Je ne voulais pas mélanger ça *{insiste}*
- 262) Et puis je voulais pas, j'avais PEUR DE CASSER SA CONFIANCE. DE PERDRE SA CONFIANCE, voilà c'est ça.

2.11 Entretien 11

Unités verbales :

- 263) Elle m'a dit : « va falloir arrêter là. »
- 264) Alors donc j'ai dit « allez qu'est-ce qu'on fait ? »
- 265) Donc elle m'a donné du Révia, voilà, bon j'en ai pris mais des fois ça me faisait mal à l'estomac euh...
- 266) bon, et puis des fois je le prenais, des fois je le prenais pas.
- 267) Donc il a fallu quand même que je lui dise donc comme elle soigne aussi mon épouse, elle s'est plaint (son épouse), elle a dit : « bon C., va falloir faire quelque chose pour D. parce que y a des fois c'est catastrophique ».
- 268) Bon donc elle m'appelle, j'y vais (...).
- 269) et elle me dit « Bon, D., là vous avez une addiction à l'alcool il faut que vous fassiez quelque chose, quelqu'un comme vous peut pas faire ça trop ».
- 270) C'est tout à fait la vérité.
- 271) Donc je lui ai dit : « Ben on va faire ce que vous voulez. »
- 272) Elle m'a dit : « Je prends rendez-vous à Cenon, à l'ANPAA. » Elle me rappelle et me dit : « D. je les ai eu, c'est vous qui devez y aller, c'est vous seul qui devait vous présenter, prendre rendez-vous moi je peux rien faire pour vous. »
- 273) mais ça fait un moment qu'elle me le disait !,
- 274) voyez, ça fait plusieurs fois qu'en allant la voir...
- 275) Parce que j'ai eu un problème de genou, j'ai été me faire faire des infiltrations donc je suis venu chercher un papier pour l'échographie et la visite, elle m'en avait parlé.
- 276) J'ai été faire faire le truc, je suis revenu la voir, elle en a remis une couche comme on dit, et je savais très bien moi à ce moment là qu'il fallait que je le fasse mais à chaque fois elle me disait : « D., il faut que vous fassiez quelque chose c'est pas possible de rester comme ça ».
- 277) Et puis de toute façon c'était vrai. Elle a pas menti.
- 278) Qu'avez-vous pensé de son attitude ? Eh bien que c'était très bien.
- 279) . Ah oui, PROFESSIONNELLE. Et A L'ECOUTE.
- 280) . Professionnelle oui, professionnelle et
- 281) Très sympathique, disons comme une sœur.

- 282) Ben directement elle m'a mis en contact avec l'ANPAA.
- 283) Et après elle a voulu s'en occuper parce que comment dire...
- 284) J'ai dit : « si vous prenez rendez vous, j'y vais, allez ! »
- 285) et puis quand elle m'a dit ça, comme elle avait lancé la démarche, je me suis dit, j'ai pas...je vais pas faire reculer la voiture dans un poteau, on reste dans la ligne droite de l'autoroute. Et donc voilà.
- 286) selon vous, l'entretien avec votre médecin a t-il été déterminant dans votre décision de soin ? Non, j'avais envie de me soigner.
- 287) On a bien abordé le problème.
- 288) Et elle m'a dit : « Voilà C'est ça et ça. »
- 289) elle vous aurait parlé de ça comme si je vous disais de suite je viens de gagner au loto cinq millions.
- 290) Voilà c'était aussi clair que vous êtes en train de me parler. Y a pas de mots cachés ou de demi-mots enrobés, enroulés.
- 291) « D. vous n'allez pas bien, faut que vous fassiez ça et ça parce que votre santé va s'aggraver et il va vous arrivez en étant polie, une connerie. »
- 292) mais moi je savais déjà intérieurement, j'étais déjà motivé,
- 293) On en a parlé donc ça s'est fait. C'est pour ça que je suis ici.

Unités infraverbales :

- 294) bon, et puis des fois je le prenais, des fois je le prenais pas. { *dubitatif* }
- 295) Donc je lui ai dit : « Ben on va faire ce que vous voulez. »
- 296) { *le ton est décidé et motivé* }
- 297) Non, j'avais envie de me soigner.
- 298) { *satisfait* }
- 299) { *suit à la lettre les consignes de son médecin* }.
- 300) C'était CLAIR ET NET.
- 301) elle n'a fait qu'affirmer ma motivation.

2.12 Entretien 12

Unités verbales :

- 302) quelque part elle était aux petits soins avec moi.
- 303) Que lui avez-vous dit exactement ? Euh... je me sens pas bien, je trouve que je
picole trop, j'aimerais bien faire un sevrage alcoolique.
- 304) Elle m'a dit : « Vous voulez le faire en centre spécialisé ou vous voulez le faire
tout seul ? ».
- 305) Je lui ai dit, « écoutez je préférerais le faire en centre spécialisé comme je suis
tout seul à la maison, ça va pas être évident. »
- 306) Elle m'avait proposé Saint-André, je lui ai dit que c'était hors de question,
c'est un hôpital que je n'aime pas
- 307) et donc elle m'a dit : « je vais vous trouver autre chose. ».
- 308) Et euh, deux jours après elle m'appelait, c'était vraiment rapide !
{agréablement surpris}
- 309) elle m'a dit qu'elle m'avait trouvé une place ici et que je devais rentrer hier.
- 310) C'était une démarche que j'avais prévu de faire voire d'aller plus loin même si
je me sentais pas bien après le sevrage, de continuer une cure sur un mois et demi
ailleurs.
- 311) Qu'avez vous pensé de l'attitude de votre médecin ? Elle m'a renvoyé une
image positive (...)
- 312) je pense que ma démarche ne l'a pas surprise surtout quand on a fermé le bar.
- 313) Je l'ai trouvée très positive dans sa démarche.
- 314) Le seul truc, mais ça j'en ai parlé avec elle parce qu'elle a pris de mes
nouvelles à midi, je trouve que de ce côté là, elle a été hyper attentionnée,
- 315) parce que, que ce soit pour l'histoire de l'alcool ou pour l'histoire de mes
malaises, euh, elle s'est tout le temps inquiétée de savoir comment ça se passait, si
j'allais bien etc. etc.
- 316) Tout à fait à l'écoute!
- 317) Pas d'image négative ? Bien au contraire,
- 318) quand elle a vu que ma fille paniquait, elle s'est même proposée de l'appeler
pour la rassurer

- 319) Qu'avez-vous pensé de la prise en charge proposée ? Elle voulait d'abord que je prenne un traitement mais c'est moi qui lui ai dit, à la maison je ne suis pas capable.
- 320) Là elle m'a dit : « je vais vous adresser à un service que je connais, très réputé, et puis quand elle m'a annoncé X, j'ai dit non X j'en veux pas. Elle m'a dit : « ben oui mais vous êtes bien compliqué ». (...)
- 321) C'est pas elle qui a décidé de me soigner, c'est moi qui ai décidé de me soigner.
- 322) C'est pas elle qui m'a proposé d'aller faire la (...)
- 323) Votre décision était déjà prise avant de voir votre médecin ? Oui
- 324) J'ai été voir mon médecin pour lui dire que je voulais faire cette cure.

Unités infra-verbales :

- 325) Et euh, deux jours après elle m'appelait, c'était vraiment rapide !
{agréablement surpris}.
- 326) je trouve que de ce côté là, elle a été hyper ATTENTIONNEE
- 327) elle s'est tout le temps INQUIETEE
- 328) *{sanglots dans la voix}*
- 329) *{hoche la tête}*,
- 330) *{fait non avec son doigt levé}*
- 331) X j'en veux pas
- 332) J'y allais pour ça
- 333) *{déterminé}*

2.13 Entretien 13 :

Unités verbales :

- 334) Oui...il m'a donné un médicament...qui m'a rien fait.
- 335) C'était soi-disant pour me détendre par rapport à l'alcool, mais ça ne m'a rien fait du tout, j'ai continué à boire.
- 336) Après quand j'ai vu qu'il y avait des excès, que je buvais trop, trop ,trop, trop, des fois...alors là je suis allée voir un spécialiste de l'alcool

- 337) Je lui ai dit que j'avais un problème d'alcool, comme ça directement.
- 338) par contre ce qu'il aurait du me dire, me conseiller fortement, c'est de faire une cure.
- 339) Il m'a dit : « c'est pas un problème, je vais vous donner un médicament, ça va régler ça. »
- 340) Mais le problème, il m'a fait trainé. Pour moi, c'est mon point de vue. il m'a fait trainé.
- 341) Parce que pourquoi ? parce que depuis le début, il m'a pas dit : vous avez vraiment un problème d'alcool, il vaudrait mieux rentrer faire une cure.
- 342) A l'époque, à mon avis ça aurait été beaucoup mieux, parce que ça fait deux ans de ça, plutôt que là.
- 343) Ben moi je pensais, je lui faisais confiance.
- 344) Il m'avait dit que c'était pour le sevrage, j'ai regardé la notice, c'était vrai. Et j'avais confiance, j'ai cru que c'était grâce à ça que ça y est, j'allais arrêter mais j'ai trainé.
- 345) C'est quand j'ai été voir cette dame là pour l'alcool, elle c'était vraiment une spécialiste (...)
- 346) Vous a-t-il proposé autres chose ? Non, non, il m'a dit que le médicament !
- 347) . Et le problème c'est que moi j'ai cru, comme il est médecin et que je le connais depuis des années.
- 348) j'ai cru que c'était bon pour moi.
- 349) mais avec le recul je trouve qu'il a tendance à vouloir garder les malades pour lui.
- 350) Il va vous envoyer chez un spécialiste si vraiment c'est grave il veut toujours vous garder et c'est lui même qui vous soigne.
- 351) Alors qu'il n'est que généraliste. Mais c'est un bon généraliste ! (...) mais il a pas vu le problème plus loin que ça.
- 352) C'est un très bon généraliste mais il a tendance un petit peu à vouloir accaparer, l'air de dire mais c'est pas un problème, ça je peux le faire, le régler.
- 353) Alors qu'il aurait pu me dire, l'alcool c'est une maladie, C'EST GRAVE !
- 354) Je savais pas moi que c'était une maladie grave, je pensais que demain je pouvais arrêter. Il ne m'a pas donné d'information sur la gravité. Parce que maintenant je m'en rend compte c'est une maladie, très, très grave et qu'il aurait pu attiré l'attention dessus. ! (...)

- 355) Là, je l'ai revu y a pas longtemps, j'y suis allé et je lui ai dit : « écoutez docteur maintenant je veux faire une cure, je veux plus de médicaments, je veux rien! »
- 356) Qu'avez vous pensé de la prise en charge proposée ? La première fois ? La première fois j'ai pensé que c'était une bonne idée, parce qu'il était médecin, je me suis rendue compte que non c'était pas efficace.
- 357) c'est après, c'est moi même, c'est pas lui qui me l'a dit, c'est de moi même je suis allée voir la spécialiste qui m'a dit : « c'est pas assez ce qu'il vous a donné ».
- 358) Selon vous l'entretien avec votre médecin a t-il déterminant dans votre décision de soin ? C'est pas ça qui m'a incité à me soigner non.
- 359) Je voyais que son médicament, ça ne servait à rien et moi je buvais.
- 360) Et quand j'allais le voir, il ne prenait pas le temps avec moi.
- 361) j'y allais il me renouvelait le traitement pour l'asthme, il me prenait la tension, il me renouvelait les traitements pour l'alcool et ça s'arrête là.
- 362) il n'en parlait pas trop : « non ça ira, ne vous inquiétez pas. » parce qu'il avait toute l'après-midi de clients !
- 363) Aujourd'hui je lui reproche.
- 364) il m'a fait perdre deux ans.
- 365) C'est là que je me suis enfoncée encore plus, parce qu'il aurait pu dès le début me dire non je suis généraliste, je vous envoie chez un spécialiste.

Unités infraverbales :

- 366) {*dépit dans la voix*}
- 367) {*déçue*}
- 368) {*insatisfaite*}
- 369) {*déçue*}
- 370) j'avais CONFIANCE
- 371) J'ai perdu mon temps
- 372) elle c'était vraiment une spécialiste (...)
- 373) Alors qu'il n'est que généraliste
- 374) {*Regrette*}
- 375) C'EST GRAVE
- 376) {*Remontée contre son médecin*}

- 377) que non c'était pas efficace
 378) et ca s'arrête là
 379) il aurait du me dire je vous envoie chez un spécialiste, c'était son rôle
 380) {*déçue*}

2.14 Entretien 14

Unités verbales :

- 381) Plusieurs fois on a essayé le traitement Révia, mais ça ne me convenait pas du tout!
- 382) Il m'a dit : « je suis complètement d'accord avec vous. »
- 383) je lui avais déjà dit que de temps en temps je tombais, je m'étais cassé le coude parce que j'avais trop bu il le savait, je lui ai jamais rien caché!
- 384) Il me dit : « je pense que c'est une très bonne solution, avec vous c'est pas la peine de passer par des moyens intermédiaires »,
- 385) parce qu'on se connaît quand même.
- 386) Il m'a proposé parfois pour des traitements autres, des choses douces tout ça... Non là c'était « donc on va au but et ensuite on voit ».
- 387) Qu'avez vous pensé de son attitude ? Et bien ça ne m'a pas surprise, il a réagit très exactement come quand je lui ai parlé du by-pass, (...) donc là j'en ai parlé à mon médecin qui m'a dit que j'avais entièrement raison.
- 388) Donc il sait que quand je vais le voir j'ai déjà murement réfléchi à la question et que si je vais le voir, c'est que j'ai déjà, j'ai déjà l'idée qui est bien là !(sous entendu ancrée).
- 389) si il me dit non vraiment c'est pas possible, s'il a de bonnes raisons je l'écoute.
- 390) Et bien je l'ai trouvé très positive, très professionnelle
- 391) Il a délégué tout de suite, il a pas insisté (...)
- 392) Très à l'écoute, ça c'est certain
- 393) . Comment dire, chirurgical, dans ma demande c'est à dire, il m'a apporté une réponse chirurgicale.
- 394) Je lui ai téléphoné en lui disant que les médicaments, ça ne marchait pas, que je les arrêtais.

- 395) Il m'a dit : « et bien, vous voyez l'addictologue et vous me tenez au courant ».
- 396) J'ai revu l'addictologue qui est reparti dans un circuit de questions à la noix, j'ai dit bon STOP, je suis pas là pour ça, je suis là pour prendre rendez vous pour une cure.
- 397) concernant la prise en charge de votre médecin généraliste, pensez -vous celle-ci adaptée ? Ben après il m'a laissé gérer. (...) Oui, oui, c'est tout à fait ce que je voulais
- 398) Selon vous, cet entretien a t-il été déterminant dans votre décision de soin ? Non. J'avais déjà pris ma décision.
- 399) On en a discuté, il m'a dit: « je ne peux pas , je n'ai pas le temps d'assumer ce rôle là, je préfère que vous alliez voir un psy.
- 400) On en parle, je vous donne tous les médicaments que vous voulez, si vous les perdez mais je ne peux pas passer mon temps à vous écouter. »
- 401) Je lui ai dit OK, je suis bien d'accord, c'est comme les consultations gynéco, on en a parlé, c'est pas lui qui s'en occupe, je vais voir un spécialiste.
- 402) Donc oui. mais il a pas le temps.
- 403) Il n'a pas le temps
- 404) et je pense qu'il n'a pas suffisamment de spécialisation peut-être pour se concentrer là-dessus.
- 405) C'est pas de sa faute! C'est la médecine qui est faite comme ça.

Unités infraverbales :

- 406) {*Fait non de la tête*}
- 407) {*Sourit*}
- 408) {*le ton est affectueux*}
- 409) {*Fait un geste des deux mains pour appuyer ses propos*}
- 410) Il a délégué tout de suite, il a pas insisté (...)
- 411) Chirurgical
- 412) C'est a dire nette et précise
- 413) POSITIF et PROFESSIONNEL
- 414) {*Fait une mimique d'approbation*}
- 415) Non. {*le ton est catégorique*} J'avais déjà pris ma décision
- 416) {*Sourit avec affection.*}

2.15 Entretien 15

Unités verbales :

- 417) j'ai tiré la sonnette d'alarme très vite tout de suite, et RIEN!
- 418) si je reprends mes agendas de l'époque, j'ai du le voir facilement 50 fois en 6 mois mais vraiment et en mettant vraiment le warning en allant le voir des fois 2 fois par semaine en disant voilà attention je sais je suis venue lundi la on est jeudi je reviens mais dites moi quoi faire, dites moi quels organismes, dites moi,
- 419) j'avais beau cherché sur internet, euh je trouvais pas ou alors j'appelais et on me disait qu'il n'y avait pas de place...
- 420) donc il m'a dit on va faire toute une batterie d'examen, donc on a fait des examens et il m'a dit effectivement vous avez des taux d'alcool dans le sang, enfin les références dans le sang, les triglycérides, les gamma gt qui étaient pas bon (...)
- 421) je lui ai dit je veux faire quelque chose !
- 422) mais il m'a dit mais la vous êtes pas dans le stade ... grosso modo vous êtes pas dans le stade critique.
- 423) Il me disait, bon on va prendre, on va peut être changer d'antidépresseur, on va mettre un autre médicament pour que vous soyez moins stressée. mais je lui disais mais quand même je peux pas, parce qu'enfin, bon, j'ai une petite fille, moi j'ai envie d'aller quelque part de partir un mois je m'en fous mais faut que ça s'arrête!
- 424) mais la je peux faire la demande mais ça arrivera jamais.
- 425) j'ai retiré la sonnette d'alarme et je suis retournée le voir plein de fois encore
- 426) j'ai passé un an entre lui, j'ai eu trois psychiatres différents, une psychologue, je suis allée regarder sur internet, j'ai appelée Pellegrin....tout quoi !
- 427) Comment diriez vous que votre médecin a abordé le problème d'alcool ? Il le minimisait. Il avait l'air de dire que oui je consommais, c'était post grossesse que c'était un état passager de dépression, que j'étais un peu en pic, et que bon voilà grosso modo ça allait se calmer.
- 428) mais c'est pas le seul parce que les deux psychiatres que j'ai vu c'était ça aussi : »

- 429) Non, j'ai demandé plusieurs fois, je rentrais pas dans le cadre, globalement 80% des réponses c'était ça, et j'en ai vu des médecins !
- 430) et voilà je regrette juste une chose c'est que c'est hallucinant de pas avoir été prise en charge plus tôt, j'ai perdu 2ans de ma vie, j'ai bousillé mon couple, j'ai perdu une partie de la vie des premières années de ma fille parce que mine de rien quand on est complètement dans le cirage...c'est pas pareil
- 431) mais j'aurais toujours un regret c'est d'avoir perdu 2 ans de ma vie
- 432) à partir de là de prendre une décision et puis d'arrêter de me donner 15000 médicaments qui servent à rien
- 433) Il m'a dit, déjà il m'a dit ça va, vous avez pas l'air complètement...
- 434) je présente pas trop mal donc du coup a chaque fois non vous êtes pas assez... vous êtes pas assez ! je sais plus ce qu'il m'a dit mais en gros à chaque fois c'était : vous êtes pas a un stade...
- 435) vous êtes pas dans un état qui nécessite une hospitalisation.
- 436) Que vous a t-il proposé comme prise en charge ? Un antidépresseur et de l'aotal.
- 437) parce que pendant un an j'en ai eu des médicaments qui ont servi strictement à rien.
- 438) bon voilà encore un médicament et voilà stop quoi ! le but c'était d'en sortir et pas d'avoir une batterie de médicaments pendant 15 ans
- 439) Un psychothérapeute avec qui j'ai fait 4 séances. Qui était hors nomenclature
- 440) j'arrive pas à trouver le mot juste pour exprimer la sensation que voilà... je vous explique mon problème bon ok alors on je vais vous donner ça ça ça hop c'est parti!
- 441) et puis moi je revenais a chaque fois donc 50 fois, bon alors on va essayer ça, tac tac tac hop !
- 442) a chaque fois je me disais ET ? ET ? ET ?
- 443) je me disais : « mais je peux pas aller faire une ou deux semaines », parce qu'a un moment y a vraiment warning quoi, je sentais que ça dégénérerait vraiment..
- 444) mais je cherche le mot... c'est pas incompetent mais c'est un peu comme quand vous allez à la CAF que vous prenez un ticket et puis voilà, mon manuel m'a dit qu'elle elle rentrait dans telle case donc je vais lui donner ça.
- 445) et puis je cherche pas a voir ce qu'il y a derrière etc...
- 446) je trouve toujours pas le mot... CRIMINEL!

- 447) criminel oui parce que ça aurait pu avoir des conséquences encore plus graves.
- 448) des le début j'ai compris qu'il y avait un problème d'addiction même si elle était basique et sauf qu'après c'est monté en puissance et c'est là que je trouve que c'est criminel de pas avoir réagi alors que mon dieu je crois que j'ai fait tout ce que je pouvais faire!
- 449) Très sympa, mais détaché,
- 450) mais vraiment c'est ça, criminel !
- 451) Diriez vous que l'entretien avec votre médecin traitant a été déterminant ? vous avez une autre question ?
- 452) C'est pas le fait d'en avoir parlé avec lui qui m'a fait prendre conscience de mon problème,
- 453) c'est pas le fait d'en avoir parlé avec lui qui lui a fait prendre conscience à lui de quoi que ce soit non plus.

Unités infraverbales :

- 454) et RIEN!
- 455) *{le ton est dur}, {est remontée}*
- 456) dites moi quels organismes, dites moi !
- 457) *{le ton est déterminé}*
- 458) de toute façon vous n'aurez jamais de place en cure parce que vous êtes pas un cas suffisamment important.
- 459) *{Passe sa main au dessus de sa tête en signe de ras le bol}*
- 460) *{Eclate de rire},*
- 461) vous avez une autre question ? *{ironise}*

IX) Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.