



HAL
open science

Prise en charge par le médecin généraliste de l'entourage du patient alcoolodépendant : évaluation des attentes de l'entourage

Charlotte Thienpont

► To cite this version:

Charlotte Thienpont. Prise en charge par le médecin généraliste de l'entourage du patient alcoolodépendant : évaluation des attentes de l'entourage . Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01661917>

HAL Id: dumas-01661917

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01661917v1>

Submitted on 12 Dec 2017

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.



HAL Authorization

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 99

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Prise en charge par le médecin généraliste de l'entourage du patient
alcoolodépendant : évaluation des attentes de l'entourage

Présentée et soutenue publiquement
le 28 juin 2016

Par

Charlotte THIENPONT

Née le 2 décembre 1986 à Libourne (33)

Dirigée par M. Le Docteur Arnaud Plat, PH

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU-PH Président

M. Le Professeur Yann Le Strat, PU-PH

M. Le Docteur Robert Sourzac, Médecin généraliste



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

*« Aime et fais ce que tu veux.
Si tu te tais, tais-toi par Amour,
Si tu parles, parle par Amour,
Si tu corriges, corrige par Amour,
Aie au fond du cœur la racine de l'Amour :
De cette racine de mauvais rien ne peut sortir. »*

Saint Augustin

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Pr Philippe JAURY qui m'a fait l'honneur d'être le président de cette thèse.

À Monsieur le Dr Yann LE STRAT et Monsieur le Dr Robert SOURZAC pour avoir accepté de faire partie du jury.

À Monsieur le Dr Arnaud PLAT pour m'avoir guidée dans ce travail ; merci pour sa patience.

À Monsieur le Dr Arnaud BLANC, mon maître de stage de SASPAS pour m'avoir soutenue dans mon travail et dans mon rôle de médecin généraliste.

À Messieurs le Dr Alexandre MALMARTEL et le Dr Jean-Laurent THEBAULT, chefs de cliniques à l'université Paris Descartes qui m'ont guidée dans l'élaboration de la méthode et l'interprétation des résultats.

À CARO de l'équipe de l'UTAMA sans qui les questionnaires n'auraient jamais pu être envoyés. Merci CARO pour tous les services que tu m'as rendus et pour ton énergie.

À Erwan, mon meilleur ami, pour les soirées de boulot, de loose, les bons petits plats et nos fêtes. Merci pour notre amitié et pour cette soirée qui a changé ma vie.

À Olga, pour toutes ces révisions, pour les soirées dans son appartement, pour cette belle expérience partagée ensemble en Equateur.

À Delphine et Jonathan d'avoir été à mes côtés pendant tout mon internat. Merci Delphine pour ton amitié sincère et ton soutien.

À Sophie pour avoir partagé son bureau avec moi et pour tous ces moments passés à se soutenir mutuellement.

À Hélène et Jordan et leurs mamans pour m'avoir aidée dans l'élaboration de mon questionnaire et sa relecture.

À Aude pour la relecture orthographique de ma thèse.

À mes parents qui ont toujours cru en moi en tant que médecin généraliste.

À Marc-Antoine, mon mari. Merci de tout mon cœur, pour ton amour, pour tout.

TABLES DES MATIERES

LISTE DES ANNEXES	6
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	9
1. UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE	10
1.1 <i>Alcool et conséquences</i>	10
1.2 <i>Alcool et loi</i>	13
2. ACTUALISATION DE LA DEFINITION DES TROUBLES DE L'ALCOOLISATION	13
2.1 <i>Vision de l'OMS</i>	14
2.2 <i>Vision DSM : troubles liés à l'utilisation d'une substance</i>	15
3. LA PLACE DE L'ENTOURAGE	17
3.1 <i>Entourage en souffrance</i>	17
3.2 <i>Concept de codépendance et coalcoolisme</i>	18
3.3 <i>Relation santé et famille : approche systémique</i>	21
3.4 <i>Le groupe Al-Anon et les thérapies familiales</i>	23
4. LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE.....	28
4.1 <i>Premier recours</i>	28
4.2 <i>Attitudes et opinions des médecins généralistes en alcoologie</i>	29
4.3 <i>Niveau de confiance du patient</i>	29
4.4 <i>Un rôle à mieux définir</i>	30
METHODES	31
1. OBJECTIF DE L'ETUDE	32
2. DESCRIPTION DE L'ETUDE	32
2.1 <i>Le type de l'étude</i>	32
2.2 <i>La population de l'étude</i>	32
2.3 <i>Le lieu de l'étude</i>	33
2.4 <i>La période de l'étude</i>	33
3. METHODE DE RECUEIL	33
3.1 <i>Généralités</i>	33
3.2 <i>Description</i>	34
RESULTATS	36
1. GENERALITES : QUESTION 1 A 5	37
2. ABORD DU THEME DE LA DEPENDANCE.....	38
2.1 <i>Question 6</i>	38
2.2 <i>Question 7</i>	38
2.3 <i>Question 8</i>	40
3. CONFIANCE ENVERS LE MEDECIN GENERALISTE : QUESTION 9	40
4. ATTENTE VIS-A-VIS DE LUI-MEME	42
4.1 <i>Question 10</i>	42
4.2 <i>Question 11</i>	43
4.3 <i>Question 12</i>	44
4.4 <i>Question 13</i>	44
5. SUPPORT D'INFORMATION : QUESTION 14.....	45
6. ATTENTE VIS-A-VIS DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT: QUESTION 15	46
7. QUESTION OUVERTE : QUESTION 16.....	46
DISCUSSION	48
1. RESULTATS PRINCIPAUX ET HYPOTHESES	49
1.1 <i>Les caractéristiques des répondeurs (questions 1 à 5)</i>	49
1.2 <i>Les interlocuteurs privilégiés</i>	50
1.3 <i>Satisfaction, confiance (et défiance) envers le MG</i>	50
1.4 <i>Les attentes de l'EPA pour lui-même</i>	51
1.5 <i>Les attentes de l'EPA pour le PAD</i>	53

1.6 Des supports d'informations destinées à l'EPA, disponibles facilement	54
1.7 Une souffrance, des manques, un oubli (question 16)	54
2. LIMITES DE L'ETUDE	54
2.1 Biais et méthodologie.....	54
2.2 La recherche bibliographique.....	56
3. LES PERSPECTIVES	56
3.1 Sensibiliser le MG sur l'intérêt d'aborder le sujet.....	56
3.2 Fournir un livret d'information sur la maladie et aider à accéder au réseau	57
3.3 Développer une aide pour l'EPA	58
3.4 Développer des réponses sur les nouveaux outils de communication.....	58
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
ANNEXES.....	66
ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE AUDIT-C.....	67
ANNEXE 2 - ABUS ET DEPENDANCE A UNE SUBSTANCE SELON LE DSM4	68
ANNEXE 3 - QUESTIONNAIRE A L'ENTOURAGE DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT	69
ANNEXE 4 - QUESTIONNAIRE DE LA THESE DE BEATRICE LOUET-BORG.....	73
ANNEXE 5 - COURRIER A L'ENTOURAGE DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT.....	79
ANNEXE 6 - REponses A LA QUESTION 16	80
ANNEXE 7 - QUESTIONNAIRE QUANTITE/FREQUENCE	82
ANNEXE 8 - QUESTIONNAIRE FACE.....	83
ANNEXE 9 - QUESTIONNAIRE AUDIT	84

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE AUDIT-C	67
ANNEXE 2 - ABUS ET DEPENDANCE A UNE SUBSTANCE SELON LE DSM4	68
ANNEXE 3 - QUESTIONNAIRE A L'ENTOURAGE DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT	69
ANNEXE 4 - QUESTIONNAIRE DE LA THESE DE BEATRICE LOUET-BORG	73
ANNEXE 5 - COURRIER A L'ENTOURAGE DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT	79
ANNEXE 6 - REPONSES A LA QUESTION 16.....	80
ANNEXE 7 - QUESTIONNAIRE QUANTITE/FREQUENCE	82
ANNEXE 8 - QUESTIONNAIRE FACE	83
ANNEXE 9 - QUESTIONNAIRE AUDIT	84

ABREVIATIONS

AA = Alcooliques Anonymes ;

AUDIT = *Alcohol Use Disorders Identification Test* ;

BAAC = Bulletins d'Analyse des Accidents Corporels ;

CAMERUP = Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnue d'Utilité Publique ;

CIM-10 = Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision ;

CODAT = *Co-Dependency Assesment Tool* ;

CRAFT = *Community Reinforcement Approach and Family Training* ;

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

DGS = Direction Générale de la Santé ;

DRASS = Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ;

DREES = Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques ;

DSM = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux;

EPA = Entourage du Patient Alcoolodépendant ;

ESPS = Enquête sur la Santé et la Protection Sociale ;

ETCAF = Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Foëtale ;

INSERM = Institut National de Santé et de Recherche Médicale ;

MG = Médecin Généraliste ;

MRI = *Mutuel Research Institute* ;

OMS= Organisation Mondiale de la Santé ;

ONDRP = Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales ;

ONISR = Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière ;

ORL = Oto - Rhino - Laryngologie ;

ORS = Observatoire Régional de Santé ;

PAD = Patient Alcoolodépendant ;

PIB = Produit Intérieur Brut ;

RPIB = Repérage Précoce et Intervention Brève ;

SAF = Syndrome d'Alcoolisation Fœtale ;

SFA = Société Française d'Alcoologie ;

SNC = Système Nerveux Central ;

UNODC = *United Nations Office on Drugs and Crime* ;

UTAMA = Unité de Traitement Ambulatoire des Maladies Addictives.

INTRODUCTION

Même si la consommation d'alcool diminue régulièrement en France, la proportion de personnes en difficulté avec l'alcool reste stable à 10 % de la population adulte, soit 6,6 millions de personnes présentant un trouble de l'alcoolisation (1).

La consommation d'alcool peut être préjudiciable pour le consommateur lui-même mais aussi pour l'enfant à naître ou déjà né, les membres de la famille proche, amis ou collègues, les victimes de délits, de violences et d'accidents.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours pour l'utilisateur à problèmes. Il est amené à rencontrer les personnes de son entourage proche et a un rôle potentiel auprès d'elles.

1. Un problème de santé publique

1.1 Alcool et conséquences

Au sein de l'Union Européenne, 55 millions d'adultes, soit 15 % de la population ont une consommation d'alcool excessive soit nocive, soit à risque (2).

En France, les prévalences estimées des sujets ayant eu une consommation d'alcool à risque, selon l'Audit C (cf. annexe 1) au cours de l'année 2010, parmi les 15-85 ans sont de :

- 26,6 % pour un risque ponctuel
- 8,8 % à risque chronique ou de dépendance (3).

L'abus d'alcool est défini par ses conséquences individuelles mais aussi collectives, tant au plan social, sanitaire et économique.

1.1.1 Au niveau social

L'abus d'alcool peut avoir de graves conséquences sociales telles que le chômage, la désinsertion sociale, le divorce, les violences conjugales et familiales, et la criminalité.

Précarité :

La DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) et la DGS (Direction générale de la Santé) ont initié en 2000 une enquête, réalisée par la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et l'ORS (Observatoire Régional de Santé), sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soin (médecin de ville ou hôpital) un jour donné. En ville comme à l'hôpital, l'alcoolisation excessive est nettement plus fréquente, quel que soit l'âge ou le sexe chez les patients chômeurs ou ayant un emploi précaire (contrat à durée déterminée, intérim) que chez ceux ayant un emploi stable. Cependant cette enquête, comme beaucoup d'autres sur les conséquences médico-psycho-sociales de la consommation excessive d'alcool, ne permet pas de déterminer si les situations de précarité sont une cause ou une conséquence de l'alcoolisation (4).

Sécurité routière :

En 2013, les tribunaux ont prononcé 120 932 condamnations pour conduite en état alcoolique. Elles représentent 37 % des condamnations pénales liées à la sécurité routière (4). En 2013, le fichier BAAC (Bulletins d'Analyse des Accidents Corporels) administré par l'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière

(ONISR) constate au moins 4 774 accidents corporels pour lesquels l'un des conducteurs présentait un taux d'alcool supérieur au taux légal. Au moins 762 personnes auraient été tuées dans les 701 accidents mortels correspondants (5).

Criminalité :

La consommation excessive d'alcool joue un rôle dans un meurtre sur quatre (2).

Les cas de transgression de la loi sous influence de l'alcool constituent une autre forme de dommages sociaux. Près de 75 000 personnes ont été interpellées pour ivresse publique et manifeste en 2012 (4).

La consommation d'alcool peut également être associée à d'autres types d'infractions, notamment aux violences commises à l'égard des personnes. Dans l'enquête « Cadre de vie et sécurité » menée par l'Insee et l'ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et Des Réponses Pénales), il a été demandé aux victimes de violences physiques d'indiquer si l'auteur des actes était sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue. À partir des résultats cumulés des enquêtes annuelles menées de 2008 à 2011 (6), il a été possible de déterminer que parmi les victimes (âgée de 14 ans ou plus) de violences physiques commises en dehors du ménage, 29 % considèrent que l'auteur des violences était sous l'emprise d'alcool (19 % l'alcool uniquement, 10 % alcool et drogues).

Violences conjugales et familiales :

Dans la même étude « Cadre de vie et sécurité », parmi les victimes (âgées de 18 à 75 ans) de violences physiques ou sexuelles commises par un membre du couple, 34 % considèrent que l'auteur des violences était sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue (6). Pour les violences commises au sein du ménage, les résultats communiqués ne permettent pas de différencier les auteurs sous l'emprise de l'alcool de ceux qui sont sous l'emprise d'une drogue.

On estime qu'entre cinq et neuf millions d'enfants vivent dans des familles souffrant de problèmes d'alcool (2).

1.1.2 Au niveau de la santé

La consommation excessive d'alcool est directement responsable de 60 maladies et états pathologiques comme la cirrhose, le syndrome d'alcoolisation fœtale, des atteintes du système nerveux central (SNC) des troubles psychiques influençant le comportement, des problèmes cardiovasculaires, les cancers notamment ORL (7). Après le tabagisme et l'hypertension artérielle, l'alcool est le troisième facteur de risque le plus important de morbidité et de mortalité prématurées (8).

A l'échelle mondiale, l'effet de la consommation d'alcool est responsable de

- 3,2 % de la totalité des décès
- 4,0 % des années de vie perdues (9).

Cette proportion est plus importante chez les hommes avec :

- pour les hommes : 5,6 % des décès et 6,5 % des années de vies perdues
- pour les femmes : 0,6 % des décès et 1,3 % des années de vies perdues (9).

En France, la consommation excessive d'alcool est responsable de 49 000 morts par an selon une étude menée en 2009 sur les conséquences de l'alcool sur la mortalité en France dont (10):

- 15 000 décès par cancer
- 12 000 de maladies du système circulatoire
- 8 000 de maladies du système digestif
- 3 000 de troubles mental et comportemental

En 2012, on recense 456 706 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool dont (11):

- 139 882 en psychiatrie pour alcoolodépendance ou pathologie psychiatrique.
- 316 824 patients hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique.

Le nombre d'hospitalisations pour la prise en charge d'une alcoolisation ou d'une dépendance à l'alcool est plus grand que pour le diabète. Pourtant le diabète est habituellement considéré comme l'une des pathologies induisant le plus de soins médicaux.

L'alcool a aussi un rôle tératogène. À l'occasion de toute consommation de boisson alcoolique pendant la grossesse, l'alcool traverse très facilement la barrière placentaire et sa concentration s'équilibre entre le compartiment maternel et fœtal. La gravité des effets présente une sorte de continuum dont les manifestations les plus invalidantes sont constituées par le « syndrome d'alcoolisation fœtale » (SAF) qui associe des anomalies physiques, comme un retard de croissance et une dysmorphie craniofaciale, à des troubles neuro-comportementaux, un retard mental, un déficit de l'attention, des difficultés d'apprentissage et de mémorisation, voire l'apparition de psychoses (7). Ces conséquences sont variables d'un individu à l'autre et sont regroupées sous le terme « ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (ETCAF). En France, 1 % des enfants qui naissent présentent un ETCAF. L'exposition à l'alcool pendant la grossesse est la première cause de déficience mentale évitable en France (12).

1.1.3 Au niveau économique

En 2003, le coût total associé à la consommation excessive d'alcool au sein de l'Union Européenne est de 125 milliards d'euros, équivalent à 1,3 % du PIB. La répartition des coûts en fonction des répercussions de l'alcool est décrite dans le **tableau 1.I** (13-14).

Tableau 1.I : Coût associé à la consommation excessive d'alcool
au sein de l'Union Européenne en 2003

Répercussion de l'alcool	Coût en milliard d'euros		
Santé	1,7		
Domage dus aux accidents de la route	10		
Chômage	14		
Absentéisme	9		
Criminalité	33	Mesures préventives	12
		Police	15
		Domages	6
Mortalité	36		

1.2 Alcool et loi

L'arsenal législatif, malgré l'action contraire des lobbies de l'industrie alcoolière, a régulièrement évolué, en particulier avec la Loi Evin, pour réduire les dommages de la consommation excessive et aussi participer à modifier les représentations de la consommation d'alcool en France.

Les objectifs précis de la dernière en date (loi du 9 août 2004 relative à la politique de la santé publique) étaient de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (et ainsi passer de 10,7 litre/an/habitant en 1999 à 8,5 litre/an/habitant d'ici à 2008), de réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et de prévenir l'installation de la dépendance.

En 2010, ces objectifs n'étaient pas atteints avec plutôt une tendance à la hausse de la proportion des consommateurs adultes à risque ponctuel et à risque chronique, quels que soient l'âge et le sexe (15).

2. Actualisation de la définition des troubles de l'alcoolisation

Les troubles liés à l'usage de l'alcool correspondent à des ensembles nosologiques décrits dans le CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision) et le DSM 4 et 5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie).

Les définitions de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et du DSM sont différentes. Ils intègrent les termes suivants pour le :

- CIM-10 : utilisation nocive pour la santé, syndrome de dépendance
- DSM-4 : dépendance alcoolique, abus d'alcool
- DSM-5 : trouble de l'usage de l'alcool

2.1 Vision de l'OMS

S'il n'existe pas de frontière nette entre une consommation à moindre risque et une consommation excessive, l'OMS définit les repères suivants :

- Verre standard

Un verre standard est défini par l'OMS comme contenant l'équivalent de 10 g d'alcool.

- Consommation ou usage simple

L'OMS conseille de ne pas dépasser :

3 verres standard/jour pour un homme,

2 verres standard/jour pour une femme,

4 verres standard par occasion et respecter 1 jour par semaine sans alcool.

- Consommation ou usage à risques

Toute consommation moyenne régulière définie ci-dessous :

4 à 6 verres standard pour un homme,

2 à 4 verres standard pour une femme,

et qui n'a pas entraîné de conséquences dommageables au niveau de la santé physique, psychologique et/ou sociale.

- Usage nocif ou abus

Il se caractérise par la poursuite des consommations excessives malgré l'existence d'un ou plusieurs dommages (pour soi, pour autrui) d'ordre médical, relationnel, social, sans qu'il y ait dépendance.

- Dépendance

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

2.2 Vision DSM : troubles liés à l'utilisation d'une substance

La notion d'alcoolisme se retrouve dans le DSM dès 1952. Cependant, c'est dans le DSM 3 puis 3-R et 4 que sont introduites les notions d'abus et de dépendance.

Dans le DSM 4, le diagnostic d'abus était posé si le patient présentait au moins 1 critère sur les 4 listés. Le diagnostic de dépendance était posé si celui-ci présentait au moins 3 critères sur les 7 listés (cf annexe 2).

Le DSM 5 a fait disparaître la notion d'abus et de dépendance pour utiliser le seul terme de « troubles addictifs liés à l'usage de substances ».

Cette notion est caractérisée par :

- un mode de consommation conduisant à une dégradation ou une souffrance cliniquement significative,
 - et par la présence d'au moins 2 des 11 critères suivants au cours d'une période de douze mois :
1. La substance est souvent prise en quantité plus importante et pendant une période plus longue que prévue ;
 2. Il y a un désir persistant ou des effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance ;
 3. Beaucoup de temps est passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets ;
 4. L'usage répété de la substance aboutit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
 5. L'usage de la substance est poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance ;
 6. D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont arrêtées ou réduites à cause de l'usage de la substance ;
 7. Usage répété de la substance dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux car il provoque une altération des capacités

- (exemple : la conduite automobile) ;
8. L'usage de la substance est poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents, vraisemblablement provoqués ou aggravés par la substance ;
 9. Présence d'une tolérance, définie par l'un ou l'autre des signes suivants :
 - a. Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés ;
 - b. Effet notablement diminué lors de l'usage continu des mêmes quantités de substance ;
 10. Présence de risque de sevrage se manifestant par l'un des signes suivants :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b. La même substance (ou une substance étroitement apparentée) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
 11. Existence d'un *craving* (désir impérieux) ou d'une pulsion à consommer une substance.

Le DSM 5 décrit ainsi plusieurs degrés de sévérité.

- Trouble léger en cas de présence de 2 à 3 symptômes ;
- Trouble modéré si présence de 4 à 5 symptômes ;
- Trouble sévère si plus de 5 symptômes.

Avec le DSM 5, le terme de dépendance est limité à la dépendance physiologique caractérisée par le syndrome de sevrage et/ou la tolérance. L'évolution majeure est la disparition de la distinction entre abus et dépendance permettant ainsi de promouvoir la notion de "maladie unique". En effet, jusque là l'approche reposait sur un modèle catégoriel pouvant être image par la pyramide de Skinner (**schéma 1.I**).

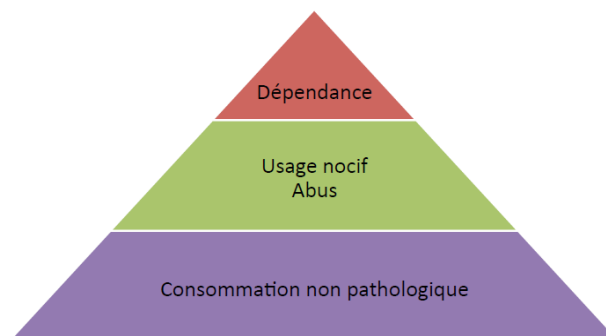


Schéma 1.I : Pyramide de skinner

Le DSM 5 propose une approche dimensionnelle avec un continuum dans les degrés de sévérités. De plus, il introduit la notion de *craving*. Le DSM 5 permet ainsi d'élargir le paramètre du diagnostic et abaisse le seuil d'entrée dans le trouble. La pyramide suivante (**schéma 2.1**) permet de schématiser cette approche.

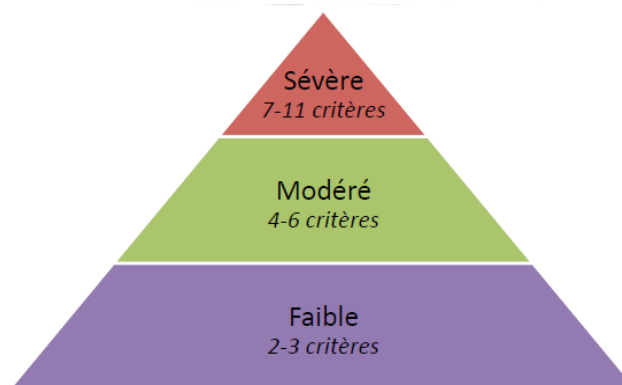


Schéma 2.1 : Pyramide de sévérité du trouble d'alcoolisation selon DSM 5

3. La place de l'entourage

Une étude nationale française menée en 2013 par un groupe de psychiatres a évalué la prévalence de la consommation d'alcool nocive et « à risques », selon deux regards différents, celui d'une personne de l'entourage familial ou amical et celui du médecin généraliste. Les données de cette étude sont issues de deux enquêtes nationales. L'enquête « Entourage » comportait 7 813 répondants. Parmi eux 13 % déclaraient avoir dans leur entourage proche une personne présentant un problème avec sa consommation d'alcool. L'enquête « Médecins généralistes » a inclus 282 médecins qui ont reçu 10 140 patients. Parmi ces patients 12,9 % avaient ou avaient eu une consommation excessive d'alcool (16).

3.1 Entourage en souffrance

Il est souvent décrit dans la littérature que l'entourage souffre. Ces personnes présentent des retentissements psychiques, sociaux et physiques. On retrouve chez elles, les symptômes suivants : perte de confiance en soi, dépression, sentiments de honte, isolement, repli, solitude, somatisations. Ces personnes semblent subir une situation de stress majeur entraînant un dysfonctionnement psychologique allant d'une faible estime de soi à la dépression (17).

Une étude française de 2013 a cherché à évaluer le fardeau que représentent les sujets ayant une consommation excessive d'alcool pour leur entourage et leurs proches. Les données de l'étude sont issues d'une enquête nationale observationnelle transversale, menée en 2013 auprès de la population adulte de France Métropolitaine. L'évaluation du « fardeau » ressenti par les répondants a été réalisée à l'aide de la version révisée de l'échelle d'auto-évaluation *Zarit Burden Interview*. Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation à 22 items, reflétant la surcharge de travail et les répercussions émotionnelles liés à la relation d'aide. Le score moyen

du fardeau, était de 28,5. A titre d'exemple, ce score s'élevait à 18,5 pour les aidants d'un cancer en phase palliative, 19,4 pour les aidants de patients atteints d'un cancer du sein à la phase palliative et 35,4 pour les aidants de patients atteints d'une maladie d'Alzheimer. Aucune comparaison directe n'a pu être réalisée du fait de différences de méthodologie entre les études. Mais cette étude tend à montrer que le fardeau ressenti de l'entourage du patient alcoolodépendant est élevé. De plus, 68 % décrivant un fardeau modéré ou sévère déclaraient souffrir de troubles anxieux ou de dépression et seulement une minorité bénéficiait d'un soutien psychologique (18). L'entourage peut développer une codépendance. Il s'agit de pensées obsédantes qui ne se réfèrent pas à un produit mais aux comportements d'une personne dépendante, et qui se soldent par la compulsion à l'aider à n'importe quel prix, malgré les conséquences négatives qui en découlent (19). Les personnes codépendantes peuvent développer des symptômes et comportements similaires à la personne dépendante. L'entourage en souffrance peut lui-même devenir nocif pour le patient alcoolodépendant. La dégradation de la santé psychique de l'entourage peut être à l'origine d'une augmentation de sa propre consommation d'alcool et ainsi retentir sur la personne alcoolodépendante par effet d'entraînement ou de diminution des capacités d'aide (18).

Parmi l'entourage en souffrance, les enfants sont particulièrement touchés. Compte tenu de la prévalence des troubles de l'alcoolisation chez l'adulte (3), 10 à 20% des enfants traversent une période où ils sont confrontés à la dépendance alcoolique du père (3/4 des cas) ou de la mère (20). Ces enfants peuvent subir un risque à court terme, la maltraitance, et sa forme subaiguë, la parentalisation. A long terme, ils risquent de devenir à leur tour malades de l'alcool. Classiquement, l'enfant ne rejette pas son parent malade, mais cherche plutôt à l'excuser et à le protéger. Il n'y a donc pas de demande explicite, ni de symptomatologie spécifique. P. Michaud (addictologue) décrit des moyens de prévention : « La prévention des conséquences de l'alcoolodépendance parentale sur l'enfant est possible: grâce à la prise en charge du patient, au renforcement du conjoint et/ou du système familial, et par une écoute individuelle ou en groupe de la souffrance de l'enfant. » (20).

3.2 Concept de codépendance et coalcoolisme

3.2.1 Alcoolodépendant et famille

C'est dans la littérature populaire du 17^{ème} siècle que l'on s'intéresse à la famille de l'alcoolique et notamment l'épouse. Celle-ci est alors décrite comme une martyre digne de compassion. A la fin du 19^{ème} siècle, la littérature scientifique aborde le sujet de l'alcoolisme sous un angle familial (21). En France, les psychanalystes ont été les premiers à s'intéresser au conjoint du patient alcoolique. Rousseaux explique (22) que ce sont les élèves de Lacan qui vont apporter une première contribution significative aux problèmes de l'alcoolisme en s'intéressant à la spécificité de la conjugalité alcoolique.

Clavreul décrit, en 1959, les positions antinomiques qu'occupent le mari alcoolique et son épouse dans l'alternance « ivresse-abstinence ». Dans l'abstinence, il y a jubilation de l'épouse et humiliation de l'alcoolique et dans l'ivresse il y a triomphe de l'alcoolique et catastrophe de l'épouse.

Selon Perrier, l'alcoolique lui-même renseigne sa partenaire sur sa « particularité d'alcoolique » bien avant le mariage. La partenaire choisit inconsciemment selon les critères qui, plus tard, seront pour elle les motifs de séparation.

Pour Israël, la femme de l'alcoolique présente un type d'organisation de personnalité spécifique. L'homme, diminué par son alcoolisme, s'intègre dans le fantasme de l'épouse (22).

Steinglass (21) développe le concept de « systèmes alcooliques » pour évoquer la famille au sein de laquelle la présence ou l'absence d'alcool demeure l'élément fondamental qui définit les interactions entre le buveur et les autres membres de la famille, l'alcool pouvant alors être une stratégie familiale d'adaptation.

3.2.2 Codépendance

Le concept de codépendance émerge du milieu Al-Anon vers les années 80. Al-Anon est une association loi 1901, issue du mouvement des alcooliques anonymes (AA), dont le but est d'aider la famille et les amis de personnes ayant un problème avec l'alcool. Le concept de codépendance a donc été produit par des intervenants bénévoles ou éducateurs, et non par des scientifiques.

Cependant, de nombreux auteurs ont tenté d'établir une définition de ce terme. Selon les auteurs, la codépendance peut être envisagée comme une maladie primaire, un faisceau de traits de personnalité, un comportement acquis.

Wegsheider-Cruse (1985) et Wilson-Scheaf (1986) (22) définissent la codépendance comme une maladie primaire, c'est à dire résultant d'une problématique personnelle qui ne se manifeste que dans la relation avec une personne alcoolique.

Pour Cermak (1986) (22) la codépendance est un faisceau de traits de personnalité retrouvé de façon habituelle chez la plupart des membres de famille dépendante. La codépendance constitue un trouble de la personnalité. Ce trouble préexiste à la rencontre avec la personne alcoolodépendante.

Il propose les critères diagnostiques suivants :

1. Estime de soi liée à l'investissement prolongé dans la capacité de contrôle de soi et des autres, dans les circonstances adverses ;
2. Responsabilité supposée dans la satisfaction des besoins d'autrui et méconnaissances des siens propres ;
3. Anxiété et distorsion des limites concernant l'intimité et la séparation ;
4. Relations complexes et intriquées avec des personnes présentant des troubles de personnalité, une dépendance aux psychotropes, une autre codépendance ou des troubles de l'impulsivité ;
5. Au moins trois des traits suivants : utilisation préférentielle du déni comme moyen de défense ; retenue des émotions (avec ou sans explosions dramatiques) ; hypervigilance ; compulsions ; anxiété ; abus de psychotropes ; a été ou est la victime de violence sexuelles physiques récurrentes ; maladie somatique liée au stress ; deux ans de relation étroite avec une personne qui abuse de psychotropes sans avoir cherché de l'aide à l'extérieur.

Selon Mendenhall (1989) (21) le coalcoolisme désigne « une personne qui souffre également de la maladie alcoolique ».

Withfield (1989) (21) définit la codépendance comme toute souffrance ou dysfonction associée à la focalisation exclusive sur les attentes et les comportements d'autrui. Il s'agirait donc, selon lui, d'un comportement acquis.

Hugues-Hammer (1998) (23) a adopté une définition qualifiée d'officielle : « La codépendance est un comportement appris qui s'exprime par une dépendance aux autres et aux choses extérieures ; cette dépendance inclut la négligence de soi et la diminution de sa propre identité. Le faux soi qui émerge est souvent exprimé au travers des habitudes compulsives, des addictions et autres troubles qui favorisent davantage la perte de la propre identité et qui encouragent un sentiment de honte ». Hugues-Hammer constate que l'identification des personnes codépendantes est une étape importante pour que l'entourage du patient dépendant puisse entreprendre une prise en charge (psychothérapie). Il a pour cela testé et décrit le CODAT (*Co-Dependency Assessment Tool* : Outil d'évaluation de la codépendance). Il s'agit d'un outil comprenant 5 critères : la négligence de soi, la faible estime de soi, la diminution de sa propre identité, les origines familiales, les antécédents médicaux.

Pour Roussaux JP (1996) (22), « la codépendance ne peut être considérée ni comme une entité isolée, ni a fortiori comme une maladie. » et « le coalcoolisme doit être considéré comme un ajustement à une situation interpersonnelle problématique et non comme un trait intrinsèque de personnalité, même si certaines personnalités sont plus disposées à développer ce type de réactions ».

En 2002, Tordeurs et col. (21) proposent de rediscuter le concept de coalcoolisme au moyen d'une étude exploratoire. L'objectif de cet article était de rechercher quelle définition du terme coalcoolisme était donné par le clinicien, le patient alcoolique et par le proche. L'échantillon se composait de 49 patients et de 49 proches.

Une personne coalcoolique, pour le soignant est caractérisée par le repli sur soi, le contrôle et le retentissement sur la santé du proche. Pour le patient alcoolodépendant, le coalcoolique réprime ses sentiments, prend une position de victime. Par coalcoolisme, le proche du patient entend responsabilité et culpabilité par rapport à la consommation mais également désinvestissement professionnel, consommation abusive de médicaments et difficulté d'abandonner le patient.

Les concepts de codépendance et de coalcoolisme restent flous, avec de multiples définitions mais qui sont utiles pour les membres qui entourent le patient, afin qu'ils puissent se reconnaître et mieux comprendre leur situation et/ou leurs symptômes.

3.3 Relation santé et famille : approche systémique

Les thérapies systémiques s'appuient sur la notion de système : « ensemble d'éléments en interaction tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres ».

Cette notion a émergé dès la fin des années 50, avec les travaux de Bateson et de Jackson. L'anthropologue G. Bateson avait participé, à Palo Alto en Californie, à un projet portant sur la communication qui, dans les années 60, devint le *Mutuel Research Institute* (MRI) dirigé par le psychiatre D. Jackson. Selon cet auteur, l'approche psychologique qui envisage l'individu comme « contenant » de la pathologie sans tenir compte du contexte relationnel, particulièrement familial, est erronée. Si les règles d'interactions au sein d'une famille pouvaient changer, le comportement problématique changerait aussi (24).

Jackson utilise le terme d'homéostasie familiale pour décrire un système familial en mouvement avec des processus maintenant le système relativement stable. Jackson insiste sur le fait que le concept d'homéostasie n'est pas synonyme d'équilibre qui est une notion statique. Il va jusqu'à comparer les familles au thermostat d'un four qui maintient la chaleur à la température désirée. Les familles établissent des règles pour maintenir une cohérence quels que soient les aléas subis par l'environnement ou les interactions sociales. Les familles qui contiennent un membre « déviant » sont extrêmement fixes dans leurs modèles homéostatiques et ne se permettent pas d'écart par rapport à ces modèles (25).

Dans l'alcoolisme, l'alcool est un élément à part entière du système familial et a une fonction adaptative. En 1974, Davis avance trois hypothèses fondamentales :

1. L'utilisation d'alcool a des conséquences adaptatives, dans un premier temps l'individu et son environnement fonctionnent mieux avec l'aide de l'alcool ;
2. Ces conséquences renforcent et maintiennent l'alcoolisation ;
3. Les facteurs primaires de l'alcoolisation sont différents pour chaque individu et opèrent à tous les niveaux : biologique et psychique, sociaux et professionnels.

Davis tire de ces hypothèses deux implications thérapeutiques majeurs, qui sont la phase d'identification et la phase des aménagements alternatifs. Dans la première phase, il s'agit de déterminer comment l'alcool sert à une fonction adaptative. La seconde phase, consiste à aider le patient et sa famille à acquérir le même comportement, mais sans l'aide de l'alcool (26).

En 1980, Steinglass (27) publie son « modèle biographique de la famille alcoolique ». Le modèle est issu d'une étude longitudinale dans laquelle les familles ont été observées pendant une période de six mois dans trois lieux différents : à leur domicile, au cours de discussions de groupes multifamiliales, et une fois dans un appartement laboratoire. Il s'agit d'un modèle évolutif, par opposition à des modèles statiques qui ne concernaient que des périodes de boisson active. Steinglass veut également rendre compte de périodes non alcoolisées qui constituent pour la famille des périodes de crise.

Le modèle est construit autour de trois concepts centraux :

1. Le système alcoolique : C'est un système où la consommation d'alcool devient un principe d'organisation central de la famille. Les interactions familiales s'organisent autour de la consommation d'alcool. Dans ces familles il y a une alternance de deux états prévisibles : l'un associé à la

sobriété et l'autre à l'ivresse. Les comportements stéréotypés et répétitifs de la famille pendant les périodes de consommation d'alcool permettent de diminuer l'incertitude des familles dans la résolution des problèmes. Steinglass différencie la famille alcoolique de la famille avec un membre alcoolique, cette dernière gardant un fonctionnement indépendant de l'alcool.

2. L'homéostasie familiale : tirée du concept physiologique de Jackson, les familles disposent de mécanismes pour résister à tout changement et permettre ainsi leur équilibre. Les pathologies chroniques (comme l'alcoolisme) ont tendance à être associées à des comportements stéréotypés et répétitifs qui participent à l'homéostasie. Les crises vont « submerger » ses mécanismes d'homéostasie créant des périodes d'instabilité et de stress.
3. Les phases d'alcoolisation de la famille : La famille passe au cours de sa vie par trois différentes phases : alcoolisées (*wet*), non-alcoolisées (*dry*), de transition (*transitional*). Chacune de ces phases va influencer le comportement familial.

Ces trois concepts ont permis l'élaboration d'un schéma décrivant 5 périodes de l'histoire de la famille.

1. Avant le mariage : il existe trois familles possibles différentes : un alcoolique épouse un non-alcoolique, deux alcooliques se marient, ou deux non-alcooliques s'unissent.
2. Début du mariage : c'est une période d'instabilité. C'est la période d'instauration des règles et de distribution des rôles. L'alcoolisme peut s'installer à ce moment et peut être un stress pouvant aboutir au divorce.
3. Plateau de l'âge mûr : c'est une phase stable de la vie. La famille avec un membre alcoolique s'est éventuellement transformée en une famille alcoolique. La consommation de l'alcool est l'organisateur central de la vie familiale. Il y a une alternance de sobriété et d'alcoolisation qui assure une stabilité à la famille.
4. Crise de l'âge mûr : des stress intra ou extra familiaux peuvent perturber l'équilibre de la famille. En effet, ils vont venir dépasser les mécanismes d'homéostasie. La personne dépendante entre alors dans une phase de consommation intensive ou au contraire d'abstinence. Il s'agit d'une période d'instabilité où le risque de divorce est important.
5. Phase de résolution tardive : il en existe quatre :
 - La famille alcoolique stable alcoolisée : il existe peu de changement, le système est régi par le principe organisateur de l'alcool.
 - La famille alcoolique stable non-alcoolisée : le principe organisateur est l'alcool mais il n'y a plus d'alcoolisation. La vie est centrée sur l'éviction de l'alcool.
 - La famille non-alcoolique stable non-alcoolisée : ce n'est plus un système alcoolique. L'alcool est éliminé de manière physique et émotionnelle par la famille.
 - La famille non-alcoolique stable avec une consommation modérée : il est rare mais reste possible.

Ainsi Steinglass permet de souligner:

- l'importance de faire la distinction clinique entre les familles qui ont introduit la consommation d'alcool comme un principe d'organisation central et les familles qui semblent traiter la consommation d'alcool comme un symptôme isolé. Bien que, dans les deux cas, la présence de l'alcoolisme présente un problème pour la famille, la première famille semble embrasser l'état alcoolique, alors que dans le deuxième la famille essaie de cloisonner et d'isoler la pathologie. L'évolution et les solutions thérapeutiques seront donc différentes.
- le rôle majeur de l'alcool dans le cadre des mécanismes d'homéostasie de la famille. Si l'alcoolisme devient synonyme de stabilité, il est délétère pour le clinicien de supprimer la consommation d'alcool sans comprendre le rôle qu'elle joue dans l'homéostasie familiale. Il convient de développer avec la famille, des mécanismes alternatifs pour la stabilisation de la vie familiale.
- le développement de la famille alcoolique se vit de manière cyclique et répétitive. La famille va se stabiliser dans un cycle répétitif et non pas dans une progression de tâches à accomplir, d'étapes à franchir. Il va exister dans ces familles un effet de plafonnement qui va retentir sur le développement de la famille (maturation, départ des enfants).

3.4 Le groupe Al-Anon et les thérapies familiales

3.4.1 Al-Anon

Le groupe des Alcooliques Anonymes (AA) naît le 10 juin 1935. Il est fondé par deux alcooliques rétablis, Bill W. et Dr Bob. C'est en 1960 que le premier groupe francophone se crée à Paris. Le groupe AA est un ensemble de personnes qui se réunissent au moins une fois par semaine en un même lieu pour échanger leurs expériences de rétablissement. Pour en faire partie, il faut avoir le désir d'arrêter de boire. Le programme de rétablissements de l'alcoolisme des AA est basé sur le principe des 12 étapes.

1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool et que nos vies étaient devenues incontrôlables.
2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pourrait nous rendre la raison.
3. Nous avons décidé de confier nos volontés et nos vies aux soins de Dieu tel que nous le concevions.
4. Nous avons courageusement procédé à un minutieux inventaire moral de nous-mêmes.
5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.
6. Nous étions totalement prêts à ce que Dieu éliminât nos défauts de caractère.
7. Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos déficiences.
8. Nous avons dressé la liste de toutes les personnes que nous avons lésées et avons résolu de leur faire amende honorable.

9. Nous avons personnellement réparé nos torts envers ces personnes, chaque fois que nous pouvions le faire, sans leur nuire, ou porter préjudice à d'autres.
10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous les avons découverts.
11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu tel que nous le concevions, Le priant seulement de nous faire connaître sa Volonté et de nous donner la force de l'exécuter.
12. Grâce à ces étapes, nous avons connu un éveil spirituel ; nous avons essayé de transmettre ce message aux alcooliques et d'appliquer ces principes dans tous les domaines de notre vie.

Les groupes familiaux commencèrent déjà à se former en 1935 alors que les proches parents des alcooliques accompagnaient ceux-ci aux réunions AA. Les familles partageaient mutuellement l'aide personnelle qu'elles recevaient en essayant elles-mêmes de vivre selon les 12 étapes AA. Les familles relataient comment cela améliorait les relations familiales, qui souvent, demeuraient difficiles même quand l'alcoolique était devenu sobre. C'est en 1950 que Bill signale la formation de plusieurs groupes familiaux. Aujourd'hui il existe 26 000 groupes Al-Anon (autre forme d'abréviation d'*Alcoholic Anonymous*) dans 110 pays dont 220 en France. Le groupe Al-Anon organise des réunions pour réfléchir et partager les expériences autour d'un thème. Le programme est fondé sur les 12 étapes des AA adaptées aux besoins de l'entourage (28).

Pour J.P Roussaux : « Tout comme le membre AA se déclare incapable de boire socialement, le membre Al-Anon se dit incapable de faire cesser le conjoint alcoolique de boire tant qu'il ne l'aura pas décidé lui-même. L'apport du groupe vise à diminuer l'implication affective du conjoint de l'alcoolique ; il faut renoncer à sauver l'autre malgré lui et se garder de la désillusion, de la rancune, de la peur et de la culpabilité » (22).

3.4.2 Les thérapies familiales

Les premières pratiques de thérapies familiales débutent dans les années 1950 aux Etats-Unis. En France, il faut attendre les années 1970 pour que les techniques d'interventions thérapeutiques familiales se développent et se diversifient. Le rapport d'expertise de l'INSERM 2004, *Psychothérapies - Trois approches évaluées*, expose l'ensemble des différentes thérapies familiales (29) qui sont nombreuses.

Les premières conceptions reprennent les théories de Bateson, Jackson, Steinglas. Elles considèrent la famille comme une unité susceptible de changer en fonction d'une implication directe des membres qui la composent. Que se soit les conceptions systémiques ou psychodynamiques, la pathologie (par exemple la schizophrénie) est réductible à un trouble interactionnel. C'est à dire, elle serait le résultat de perturbations relationnelles. Ces courants sont basés sur l'importance de l'implication des membres de la famille qui doivent se remettre en question et changer leurs modes de fonctionnement. Cependant, le risque est d'amplifier les sentiments de culpabilité et de honte et de déplacer la souffrance sur des membres de la famille « sains ». Des courants plus récents ont cherché à éviter cette focalisation. Deux courants, les thérapies comportementales et cognitives et les thérapies multifamiliales sont encore aujourd'hui en évolution.

Les conceptions comportementales et cognitives :

La famille est une collectivité de personnes présentant des schémas comportementaux, émotionnels et cognitifs perturbés par une pathologie comme des troubles de personnalité, mentaux ou comportementaux. Les familles sont considérées comme « normales ». Les perturbations existantes sont secondaires à la maladie. La famille n'est plus considérée comme le lieu de l'origine des troubles. Les thérapeutes informent sur les conséquences, les caractéristiques, l'évolution, le traitement de la maladie. Des conseils psycho-éducatifs sont proposés de manière à atténuer les débordements émotionnels et à aboutir à une meilleure gestion des troubles.

Exemple : Thérapie conjugale comportementale (30) :

L'intervention débute par une évaluation du thérapeute puis un moment de rétroaction au cours duquel le thérapeute rend compte des résultats obtenus. Par la suite, en utilisant la relation conjugale comme levier, il cible les objectifs de changement devant permettre d'atteindre ou de maintenir l'abstinence. Ainsi, cette thérapie a deux effets principaux liés : la diminution de la consommation d'alcool et l'amélioration de la relation conjugale.

Les thérapies multifamiliales (29):

Dès 1950, Laqueur a mis en œuvre des consultations thérapeutiques réunissant plusieurs familles, pour des jeunes patients schizophrènes hospitalisés dans le *New York State Hospital*. Il reprend la théorie générale des systèmes selon lequel l'individu est un sous système du système plus vaste qu'est la famille. Il applique ce concept à la famille étant elle-même un sous système de supra systèmes : la communauté, la société, l'environnement. Le point de départ de ces consultations multifamiliales est ainsi de recréer un espace communautaire et social pour des familles et des patients confrontés à l'isolement, la souffrance et la détresse apparemment incommunicables à autrui. Dans certains cas la rencontre de plusieurs familles semble produire des changements plus rapides que les thérapies unifamiliales. Des processus d'apprentissage s'initient à partir de la transmission par analogie, de l'interprétation indirecte, de l'identification croisée entre membres de familles différentes. Il apparaît que la communication est ainsi spontanément facilitée, que la prise de parole est plus aisée et que l'atmosphère est plus permissive que lorsque l'attention est focalisée sur une famille unique. De fait, la coprésence de familles confrontées à une pathologie récente et de familles ayant une expérience et une maturité plus grandes face à la maladie fait que ces dernières fonctionnent comme « cothérapeutes ».

Thérapies multifamiliales comportementales et cognitives (29):

Appartenant au courant comportementalo-cognitivist, McFarlane (1983) a renouvelé la conception des thérapies multifamiliales. La démarche est nettement plus psychopédagogique que dans la version classique des approches systémiques, et évite les débordements liés à des expressions émotionnelles débridées. Elle contribue à atténuer l'isolement interpersonnel et social, à éviter la stigmatisation des patients ou des autres membres de la famille, à soutenir chaque famille, à dégager chaque famille des tendances à la surprotection ou au désengagement, à l'hostilité, aux critiques et à améliorer les communications familiales qui se révèlent d'emblée facilitées par le cadre même de l'échange multifamilial.

Les thérapies multifamiliales ont été proposées pour des familles présentant des troubles homogènes, comme la schizophrénie, mais également pour les troubles du comportement alimentaire, les troubles de l'humeur, les troubles psychosomatiques, les addictions, les maladies somatiques invalidantes. Si le profil pathologique des patients doit être homogène dans la constitution de tels groupes multifamiliaux, les autres caractéristiques (origine ethnique et socio-économique, systèmes de croyances, opinions politiques) gagnent à être aussi diverses et hétérogènes que possible. La taille du groupe est préférentiellement de 4 à 7 familles.

Deux modèles de thérapies familiales :

Le programme d'intervention du Johnston Institute (30) :

L'un des plus anciens modèles d'intervention est du Johnston Institute (*Johnson Institute Intervention*), mis au point par le Dr Vernon E. Johnson, qui a fondé le Johnson Institute en 1966 à Minneapolis, au Minnesota. « L'Intervention » repose principalement sur l'implication des membres de l'entourage du patient dépendant. Ceux-ci se réunissent, à son insu, afin de préparer une rencontre de confrontation avec lui. Les objectifs d'un tel programme sont doubles : amorcer un changement et favoriser le rétablissement de la famille. Les patients ciblés sont les personnes dépendantes qui refusent de modifier leurs habitudes de consommation.

Le programme CRAFT (30) (Community Reinforcement Approach and Family Training):

Ce programme a été mis au point par les auteurs de l'approche de renforcement communautaire, en anglais la *Community Reinforcement Approach* (Sisson et Azrin, 1986; 1993). Cette intervention s'appuie sur le constat que la personne peut jouer un rôle important dans le changement des comportements de consommation d'un proche. Cette approche repose sur un modèle cognitivo-comportemental et est élaborée à partir de la croyance en la capacité du membre de l'entourage à prendre soin de lui-même et à la nécessité de développer cette compétence.

Trois objectifs guident cette intervention :

- Diminuer la consommation de substance chez la personne dépendante ;
- Amener la personne dépendante à débiter une thérapie ;
- Aider l'entourage à être plus indépendant et à améliorer sa qualité de vie.

Le programme propose des entretiens individuels avec l'entourage durant environ 12 heures de rencontres au total. L'intervention comprend plusieurs composantes que sont l'évaluation, la construction et le soutien de la motivation du membre de l'entourage, une analyse, fonctionnelle des comportements problématiques, la prévention de la violence, l'amélioration des habiletés à la communication, le renforcement positif des comportements de sobriété ou de consommation modérée, le recours aux conséquences négatives, l'amélioration de la qualité de vie du membre de l'entourage ainsi que l'invitation faite à la personne dépendante à entreprendre une thérapie.

3.4.3 Efficacité des différentes thérapies et limites

Le rapport d'expertise de l'INSERM 2004, *Psychothérapies - Trois approches évaluées*, résume deux méta-analyses et deux revues à propos de l'alcoolodépendance et des thérapies familiales (29).

La méta-analyse d'Edwards et Steinglass (1995) regroupe 21 études de thérapies familiales et les résultats sont évalués en termes cliniques et statistiques. La méta-analyse de O'Farrell et Fals-Stewards (2001) regroupe 36 études randomisées.

Les principaux résultats sont décrits dans le **tableau 2.I** suivant.

Tableau 2.I : Résultats des méta-analyses d'Edwards et Steinglass (1995) et de O'Farrell et Fal-Stewards (2001).

Références	Caractéristiques	Résultats
Edwards et Steinglass (1995)	21 études évaluant l'efficacité de la thérapie familiale comme traitement de l'alcoolodépendance sur les trois phases du traitement : initiation, traitement primaire/réhabilitation, postcure.	Preuve apportée de l'utilité d'inclure les membres de la famille dans les trois phases du traitement.
		Aucun type singulier d'approche familiale n'apparaît supérieur aux autres.
		Des facteurs tels que l'identité sexuée de la personne, l'engagement et/ou la satisfaction dans le mariage, et le soutien du conjoint pour l'abstinence semble influencer positivement les résultats.
O'Farrell et Fals-Stewards (2001)	1 260 sujets 36 études randomisées comparant les thérapies impliquant la famille à des thérapies individuelles et à des listes d'attente	La taille d'effet moyenne favorise les thérapies impliquant la famille en ce qui concerne la consommation d'alcool, l'entrée et l'assistance dans le traitement et l'ajustement familiale.

La revue systémique de Lipps (1999) fait le point sur l'efficacité des différentes formes de thérapies familiales pour le traitement de l'alcoolodépendance.

Six études entre 1982 et 1987 montrent que la thérapie familiale comportementale, développe chez le conjoint des habilités à aider le patient, permettant à ce dernier d'accepter le principe du traitement et de diminuer sa consommation. Cinq études entre 1985 et 1995 tendent à valider la thérapie familiale systémique comme un traitement pertinent pour les problèmes d'alcoolisation.

L'étude de William R Miller, Robert J. Meyers et J.Scott Tonigan (1999) a comparé les 3 approches : thérapie Al-Anon ; Intervention du Johnson Institut et la méthode CRAFT, dans le but de rechercher quelle approche permettait au patient alcoolodépendant d'entreprendre une thérapie. Il s'agissait d'un essai randomisé incluant 130 personnes faisant partie de l'entourage proche du patient alcoolodépendant (CSOs : *Concerned Significant Others*). Les personnes ont été réparties dans le groupe Al-Anon (n=45), Intervention du Johnson institut (n=40) et CRAFT (n =45). Le résultat est que l'approche CRAFT est la plus efficace pour permettre au patient alcoolodépendant d'initier une prise en charge thérapeutique (64 %) en comparaison avec le groupe Al-Anon (13 %) et l'intervention du Johnson Institut (30 %).

Les études évaluant l'efficacité de l'approche CRAFT (31) ont démontré l'engagement des patients dépendants dans le traitement, l'amélioration du fonctionnement des proches (CSOs), et la diminution de la consommation de substances. Dans l'ensemble, les CSOs engagent entre 55 à 86 % des personnes dépendantes à initier une thérapie grâce à la méthode CRAFT.

Cependant, si la prise en charge de l'entourage d'un patient semble améliorer à la fois son traitement et la qualité de vie de l'ensemble de la famille, la coopération de l'entourage ne doit pas être tenue pour acquise particulièrement pour une pathologie dont la cause est imputée au patient dans la majorité des cas. Une étude anglaise a recherché la stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux ou des troubles de l'alcoolisation. Elle a mis en évidence que 59,6 % des personnes interrogées tiennent pour responsable la personne alcoolodépendante (32).

4. Le rôle du médecin généraliste

4.1. Premier recours

Le médecin généraliste est au premier lieu dans la prise en charge du patient alcoolodépendant et de sa famille (33).

Selon l'enquête ESPS (Enquête sur la Santé et la Protection Sociale) 2010, 85 % des personnes (hors institution) déclarent recourir au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste. En 2010, le régime général a remboursé près de 234 millions de consultations en médecine générale, soit en moyenne 3,7 consultations par an et par habitant (34). Trente pour cent des personnes qui consultent ont une consommation d'alcool qui dépasse les niveaux de risques définis par l'OMS (35).

Les médecins généralistes font partie intégrante des stratégies de réduction des risques. Une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool a été adoptée par l'OMS en 2010 et s'est traduite pour la région Europe par un plan d'actions régionales 2012-2020. Les stratégies énoncées sont notamment la promotion de stratégies de repérage précoce et d'interventions brèves (RPIB). Le principe de l'intervention brève est d'apporter au patient un conseil opérant visant à induire un changement de son comportement à long terme. Le rapport de l'United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) « *International standards on drug use prevention* », publié en février 2013, promeut aussi les interventions brèves et les entretiens motivationnels qui peuvent réduire de manière significative l'usage de drogues, de l'alcool et du tabac, à court et à long terme. Le niveau de preuve est élevé et montre que ces interventions réussissent à réduire l'usage de substances à court terme (immédiatement à la suite des interventions, avec une différence moyenne standardisée 0.79), mais également un an plus tard (différence moyenne standardisée 0.15) (36).

4.2 Attitudes et opinions des médecins généralistes en alcoologie

De nombreuses études ont montré que le taux de prise en charge par les médecins généralistes des personnes en difficultés avec l'alcool est insuffisant.

En effet, chaque année les MG voient en consultation près des trois quarts de la population française et 30 % de ces personnes qui consultent ont une consommation d'alcool qui dépasse les niveaux de risques définis par l'OMS (35). Ils sont pourtant seulement 7 % des personnes ayant consulté dans l'année à déclarer avoir eu un échange sur l'alcool avec leur généraliste (37). Une étude fondée sur les résultats de deux enquêtes nationales menées en 2013 par Kantar Health a comparé 2 regards différents, celui d'une personne de l'entourage (« ENTOURAGE ») et celui du médecin généraliste (MG). Dans l'échantillon MG, 52,2 % des consommateurs à risque ponctuel, 36,5 % de ceux à risques chroniques et 57,5% des alcoolodépendants ont bénéficié d'une prise en charge. Alors que, selon l'enquête ENTOURAGE, environ deux tiers des sujets des trois catégories ont tenté, au cours de l'année écoulée, de diminuer leur consommation, mais seulement un tiers a été aidé par un professionnel de santé (38).

Les freins paraissent liés à la perception négative des médecins généralistes sur leur propre prise en charge des troubles de l'alcoolisation. Souvent, ils se trouvent insuffisamment formés, ont des difficultés pour aborder le problème d'alcool, ont un sentiment d'inutilité et redoutent un allongement des consultations (39). Une enquête française a cherché à évaluer l'opinion des médecins généralistes sur leur formation, connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'alcool. Pour cela, un questionnaire de santé publique a été envoyé à 200 médecins généralistes en 2002 tirés au sort parmi les 52 000 installés. Ils sont 60 % à considérer que leurs formations et compétences sont insuffisantes. Une grande majorité (80 %) estime que leur conseil ne serait pas suivi d'effet et que le patient pourrait s'indigner. Quatre-vingt pour cent regrettent l'absence de rémunération pour le temps consacré à la prévention, alors que 75 % des médecins généralistes souhaiteraient aider les patients alcoolodépendants (39).

4.3 Niveau de confiance du patient

Un sondage téléphonique en population générale (des personnes de 18 ans et plus) a été réalisé auprès de quatre échantillons représentant les populations des quatre agglomérations nouvelles (1 608 personnes interrogées en Île-de-France) en 2003. Ce sondage a exploré la légitimité du médecin généraliste sur la question de l'alcool par trois questions dont celle-ci : « Jugez-vous que votre médecin généraliste serait dans son rôle s'il abordait avec vous les questions liées à l'alcool ? ». La réponse est oui pour 88 % des répondants pour l'alcool. Les répondants ont montré d'autres signes de confiance en leur médecin généraliste : ils le désignaient comme le meilleur interlocuteur (21 %) après les centres spécialisés (45 %) et avant les médecins spécialistes (14 %) pour aider une personne en difficulté avec l'alcool (mais seuls 41 % déclaraient connaître, fût-ce de nom seulement, une structure spécialisée pour les problèmes d'alcool). Soixante-dix-neuf pour cent jugeaient « facile » (39 % « très facile », 40 % « assez facile ») de parler d'alcool avec leur médecin, contre 19% « difficile ». Pourtant, seuls 12 % des patients indiquaient avoir reçu au cours de leur vie une recommandation de leur médecin concernant leur consommation d'alcool (37).

4.4 Un rôle à mieux définir

S'il existe de nombreux travaux sur l'entourage du patient alcoolodépendant, et son implication dans la prise en charge du patient dépendant, peu d'études existent, à notre connaissance, sur les attentes de l'entourage. Au regard des symptômes développés, on peut imaginer l'étendue des attentes pour celui ou celle qui vit avec un malade alcoolique.

L'observation de la pratique quotidienne de soignants en addictologie, révèlent quelques incohérences : à la fois une certaine intolérance face à l'immixtion de l'entourage dans les consultations mais aussi une tendance à déplorer son absence dans l'aide au patient. Ces mêmes professionnels ont l'habitude de répondre aux questions complexes (« *S'agit-il d'une maladie ? Est-ce génétique ? Comment l'aider ? Comment soigne-t-on cette maladie ? Est-ce vraiment une maladie ? Comment me protéger de cette maladie ?* »)

Conscient que la souffrance de l'entourage pourrait faire l'objet d'une préoccupation bien en amont de celle (quand elle est proposée) des équipes d'addictologie, nous avons décidé d'interroger la place du médecin généraliste dans ce parcours, très parallèle à celui du malade.

Dans cette perspective, nous nous proposons de questionner l'entourage pour renseigner les MG sur leurs besoins et les aider à mieux répondre à cette population rendue vulnérable.

METHODES

1. Objectif de l'étude

Le but de cette étude est de montrer l'importance du rôle du médecin généraliste (MG) dans la prise en charge de l'entourage des patients alcoolodépendants (EPA). L'objectif principal est de rechercher si l'EPA attend de l'aide de son MG pour lui-même.

L'objectif secondaire est d'identifier quel type d'aide est attendu par les proches.

2. Description de l'étude

2.1 Le type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et quantitative.

Le recueil des données s'est fait grâce à un auto-questionnaire adressé aux proches.

2.2 La population de l'étude

Caractéristiques de l'échantillon :

Il est constitué de proches de personnes présentant des troubles de l'alcoolisation. Ils ont été appelés EPA (entourage de la personne présentant des troubles de l'alcoolisation).

Les personnes présentant des troubles de l'alcoolisation ont été appelées, par extrapolation, personnes alcoolodépendante ou PAD.

Critère d'inclusion :

avoir participé au groupe « entourage » du service d'addictologie de l'hôpital Beaujon à Clichy de janvier 2012 à décembre 2014.

Critère d'exclusion :

personnes ayant participées au groupe entourage pour une consommation excessive d'une substance autre que l'alcool.

Le groupe « entourage » est proposé dans le service d'addictologie de l'hôpital Beaujon à Clichy (UTAMA). Cette réunion est ouverte à tous les proches de personnes dépendantes à une substance que ces derniers soient pris en charge dans le service ou non. Elle est animée par un médecin addictologue et un psychologue chaque mois. Le nombre de participants varie autour d'une dizaine de personnes par mois. La personne ou la famille présente paye l'équivalent d'une consultation spécialisée selon les tarifications de la sécurité sociale. Sans que l'orientation vers ce groupe, mis en place depuis plus de dix ans, réponde à un protocole précis, plusieurs grandes indications se sont dessinées au fil des années : l'EPA appelant pour être reçu par un professionnel (que le PAD soit suivi ou non dans l'unité), l'EPA connaissant l'existence de ce groupe (via le PAD, un professionnel de santé ou un média), des tentatives itératives d'un EPA pour s'entretenir de la situation du PAD avec son référent, la connaissance par l'équipe de

difficultés rencontrées par le PAD en lien avec les représentations et contre-attitudes de l'EPA. Dans les deux derniers cas, l'unité est à l'initiative de l'invitation.

Au cours de ce groupe ouvert, après avoir décrit les raisons de l'existence de ce groupe dédié à l'entourage, les animateurs donnent la parole aux EPA. Ils sont amenés à exprimer leurs difficultés aux animateurs. Ces derniers essaient, le plus possible, de proposer aux participants eux-mêmes de répondre aux questions du groupe en suscitant le plus possible d'interactions. Nous décidons de ne pas plus décrire dans ce travail le fonctionnement et la dynamique de ce groupe.

2.3 Le lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée à l'hôpital Beaujon à Clichy (92110), au sein de l'Unité de Traitement Ambulatoire des Maladies Addictives (UTAMA). Les proches, participant au groupe « entourage », habitent en majorité le bassin de population.

2.4 La période de l'étude

L'étude a porté sur les personnes ayant participé au groupe « entourage » à l'UTAMA de janvier 2012 à décembre 2014.

3. Méthode de recueil

Evaluation des attentes de l'entourage : le questionnaire (cf annexe 3)

3.1 Généralités

C'est un auto-questionnaire descriptif élaboré spécifiquement pour cette étude. La structure et le choix des questions ont été faits à partir des sujets que nous souhaitons aborder et inspirés de la thèse d'exercice de Béatrice LOUET-BORG. Sa thèse sur le sujet du médecin et le conjoint de malade alcoolique proposait un questionnaire de 36 items (cf annexe 4) (40).

Notre questionnaire est composé de 16 questions. La question 7 est constituée de cinq items soit 20 items au total. Onze items sont à choix multiples, 4 items demandent une évaluation sur une échelle visuelle, 4 items sont des questions ouvertes. Le remplissage demande 5 à 10 minutes.

Il a été envoyé par courrier postal et accompagné :

- d'une enveloppe timbrée destinée à recevoir le questionnaire rempli et permettant de préserver l'anonymat ;
- d'une lettre d'introduction expliquant les objectifs de ce questionnaire (cf annexe 5).

3.2 Description

Pour cela le questionnaire est organisé en 7 groupes de questions.

3.2.1 Question 1 à 5 : caractéristique de l'EPA

Ces questions portent sur le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le lien de parenté avec la PAD et l'existence d'une cohabitation.

3.2.2 Questions 6 à 8 : l'abord du thème de la dépendance

Il s'agit de rechercher quel professionnel de santé est en premier recours pour l'abord du thème de la dépendance et si l'EPA souhaite que ce thème soit abordé de manière systématique au cours d'une consultation.

La question 7 comporte un item avec une question ouverte : « Pour quelles raisons n'avez-vous pas souhaité en parler avec votre médecin généraliste ? ». Les phrases sont recodées en différentes catégories de raisons. Chaque EPA ayant pu décrire plusieurs raisons, le taux de réponses ne correspond pas au nombre de personnes.

Les personnes qui ont abordé le problème d'alcool du PAD avec son MG sont invitées à évaluer son niveau de satisfaction sur l'aide que lui a apporté le MG. Pour cela, nous avons utilisé une échelle numérique cotée de 0 à 10, (0 = pas du tout satisfait ; 10 = tout à fait satisfait). Nous considérerons qu'une note supérieure ou égale à 7 est un niveau de satisfaction élevé, une note entre 4 et 6 est un niveau de satisfaction moyen et une note strictement inférieure à 4 est un niveau de satisfaction bas.

A partir d'une échelle numérique similaire à la précédente, nous avons recherché si, pour l'EPA, le MG devait poser plus souvent la question suivante : « Existe-t-il un problème de consommation d'alcool dans votre entourage ? »

3.2.3 Question 9 : confiance envers le médecin généraliste

Nous avons recherché le niveau de confiance de l'EPA vis à vis de son MG pour sa propre prise en charge dans le cadre des problèmes d'alcool du PAD.

Il s'agit d'établir une moyenne de la confiance via une échelle numérique cotée de 0 à 10 (0 = pas du tout et 10 = tout à fait). Nous considérerons qu'une note supérieure ou égale à 7 est un niveau de confiance élevé, une note entre 4 et 6 est un niveau de confiance moyen et une note strictement inférieure à 4 est un niveau de confiance bas.

3.2.4 Questions 10 à 13 : l'attente vis-à-vis de lui-même

Il s'agit d'évaluer la proportion d'EPA qui estime avoir besoin d'une aide par un professionnel de santé et quel est le type d'aide espérée. Pour cela nous avons utilisé une échelle numérique cotée de 0 à 10 (0 = pas du tout et 10 = tout à fait).

Dans un second temps, nous avons recherché le professionnel de santé, selon l'EPA, le plus apte à l'aider. Avec une question à choix multiples, nous avons évalué la prise en charge que l'EPA pouvait attendre de son MG. Les personnes pouvaient choisir plusieurs réponses différentes. Le nombre de réponses a donc été supérieur au nombre de personnes répondant au questionnaire.

3.2.5 Question 14 : support d'information

Un support d'information pourrait être proposé aux EPA pour leur permettre de connaître les différentes prises en charge pour eux-mêmes. Le but est de chercher quel support serait le plus adapté par l'intermédiaire d'une question à choix multiples à laquelle les personnes pouvaient choisir plusieurs réponses.

3.2.6 Question 15 : l'attente vis-à-vis du patient alcoolodépendant

Le but de cette question à choix multiples est d'analyser comment les EPA perçoivent la prise en charge du PAD. Nous recherchons le point de vue de l'EPA sur les traitements, suivi ou thérapie nécessaires pour aider le PAD. Ils pouvaient choisir plusieurs réponses différentes. Le taux de réponses étant alors supérieur au nombre de personnes répondant à la question.

3.2.7. Question 16 : question ouverte

Elle permet à l'EPA de nous faire part de ses remarques ou de son vécu concernant les problèmes d'alcool du PAD. Il s'agit d'une question ouverte que j'ai catégorisée selon les différents thèmes abordés (cf. annexe 6).

RESULTATS

1. Généralités : question 1 à 5

Sur les 83 questionnaires envoyés, 46 personnes ont répondu, soit un taux de réponse de 55,42 %. Les femmes représentent 74 % de l'échantillon.

Les personnes ont entre 29 et 75 ans avec une moyenne d'âge à 51 ans (+/- 11,5 ans). La répartition des personnes en fonction de l'âge est décrite dans le **Tableau 1.R.**

Tableau 1.R : répartition de l'échantillon en fonction de l'âge

Age en années	Nombre de personnes (%)
< 40	n=6 (13,04 %)
40 – 49	n=9 (19,57 %)
50 – 59	n=12 (26,09 %)
60 – 69	n=15 (32,61 %)
> ou = 70	n=4 (8,69 %)
Total	n=46 (100 %)

Le lien entre le PAD et l'EPA est résumé dans le **Tableau 2.R.**

Tableau 2.R : lien entre PAD et EPA

Lien entre PAD et EPA	Nombre de personnes (%)
Conjoint	n=31 (67,4 %)
Parent	n=11 (23,91 %)
Enfant	n=2 (4,35 %)
Fratric	n=1 (2,17 %)
Ami	n=1 (2,17 %)
Total	n=46 (100 %)

La majorité des personnes (63%) vit actuellement avec la PAD. Les personnes sans emploi représentent 41 % de l'échantillon.

2. Abord du thème de la dépendance

2.1 Question 6

Le schéma 1.R permet d'identifier à quel professionnel de santé l'EPA s'est confié pour la première fois. Le premier recours est le médecin généraliste avec 36 % (n=16) de personnes qui se confient à lui.

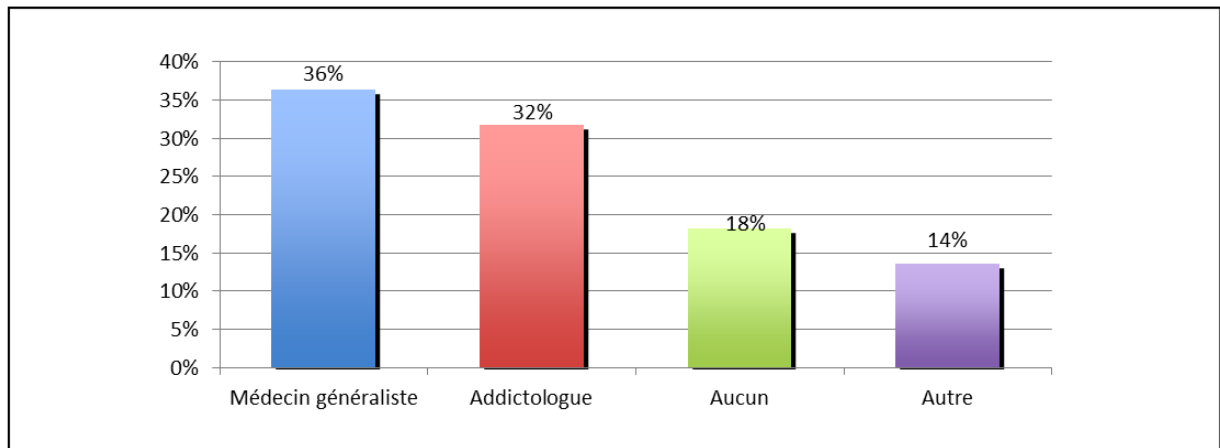


Schéma 1.R : répartition des professionnels de santé identifiés par l'EPA comme premier recours concernant le problème d'alcool du PAD

Les personnes ayant répondu « autre » se sont confiés soit à un centre de toxicologie, un groupe d'accompagnement, un psychiatre, une sage-femme ou un thérapeute.

2.2 Question 7

Parmi les personnes interrogées, 54,3 % (n=25) ont abordé au moins une fois le problème d'alcool de leur proche avec leur MG (question 7).

- Parmi ces personnes, 22 (93,8%) ont abordé elles-mêmes le sujet du problème d'alcool avec leur médecin (question 7a). Une personne n'a pas répondu. Seulement deux médecins ont abordé en premier le problème ; l'un des deux médecins ayant comme patient la PAD.
- Dans 84% des cas (n=21), le sujet a été abordé au cours d'une consultation pour un autre motif. Seulement trois personnes sont venues spécifiquement pour aborder le sujet et une personne n'a pas répondu (question 7b).

Parmi les 25 personnes qui ont abordé le sujet avec leur MG, 53,8 % (n=14) ont un niveau de satisfaction de l'aide apportée par le médecin généraliste supérieure ou égale à 7. Le **schéma 2.R** (question 7c) montre la répartition du niveau de satisfaction de l'aide apportée par le médecin généraliste à l'EPA.

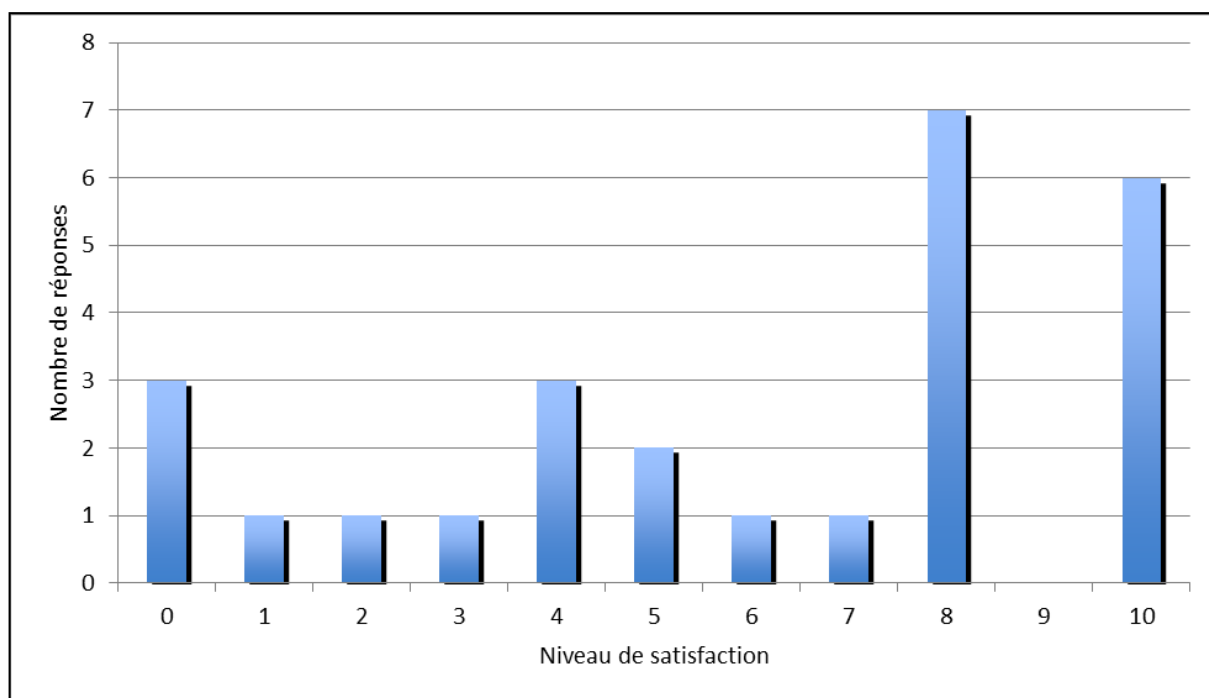


Schéma 2.R : niveau de satisfaction de l'aide apportée par le médecin généraliste à l'EPA

Vingt et une personnes n'ont pas abordé le sujet avec leur médecin généraliste (question 7d). Les raisons sont décrites dans le **Tableau 3.R** en sept catégories différentes. Il y a eu 19 réponses à la question ouverte.

Tableau 3.R: raisons évoquées pour ne pas parler du problème d'alcool du PAD à son MG

Raisons	Nombre de réponses
Ne souhaitait pas aborder le sujet avant la PAD	n=4
Le médecin n'aurait rien pu faire	n=4
Honte	n=3
N'ont pas le même MG que la PAD	n=3
Pudeur	n=2
Pas ou peu de contact avec un MG	n=2
Trahison pour la PAD	n=1
TOTAL	n=19

2.3 Question 8

Pour la majorité des personnes, le médecin généraliste devrait poser la question suivante : « Existe-t-il un problème de consommation d'alcool dans votre entourage ? »

En effet, parmi les 44 personnes qui ont répondu à cette question, 63,6 % (n=28) ont mis une note supérieure ou égale à 7. La répartition des réponses apparaît dans le schéma 3.R.

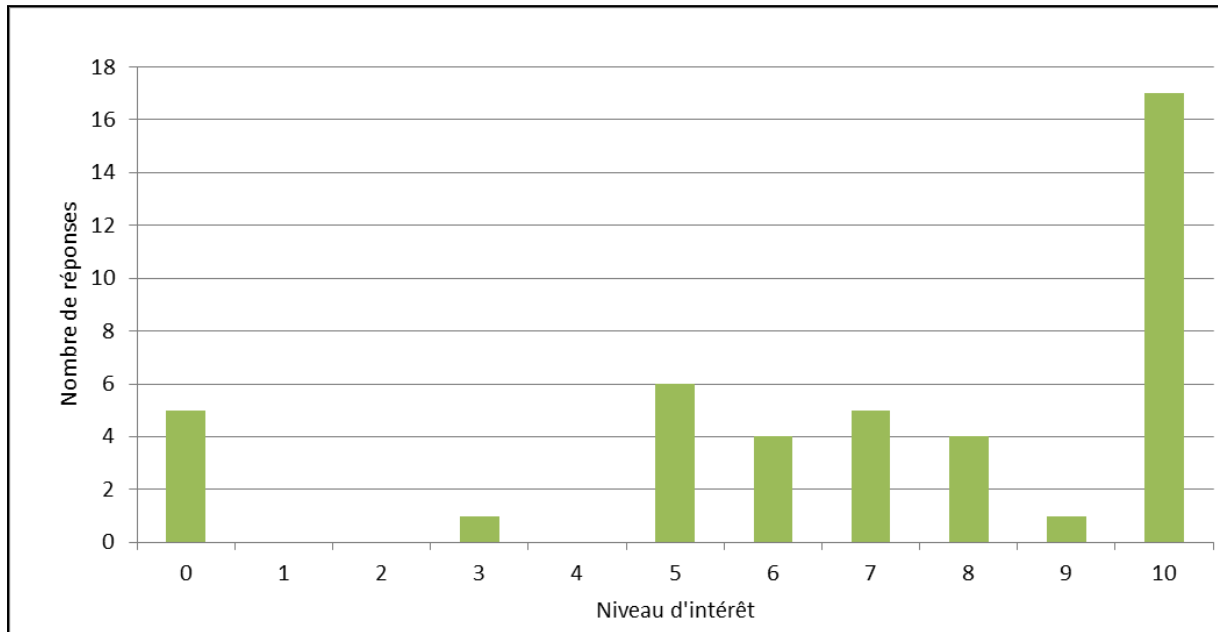


Schéma 3.R : niveau d'intérêt, selon l'EPA, que le MG pose la question : "Existe-t-il un problème de consommation d'alcool dans votre entourage ?

3. Confiance envers le médecin généraliste : question 9

La majorité des personnes font confiance à leur MG pour les aider dans le cadre du problème d'alcool du PAD. Sur les 46 personnes qui ont répondu, 36 (78,2 %) ont mis une note supérieure ou égale à 4 ($\{4-6\} = 26\%$; $> 6 = 52\%$). La répartition des réponses est dans le **schéma 4.R** La moyenne de confiance est de 6 (+/- 3,2) avec une médiane à 7.

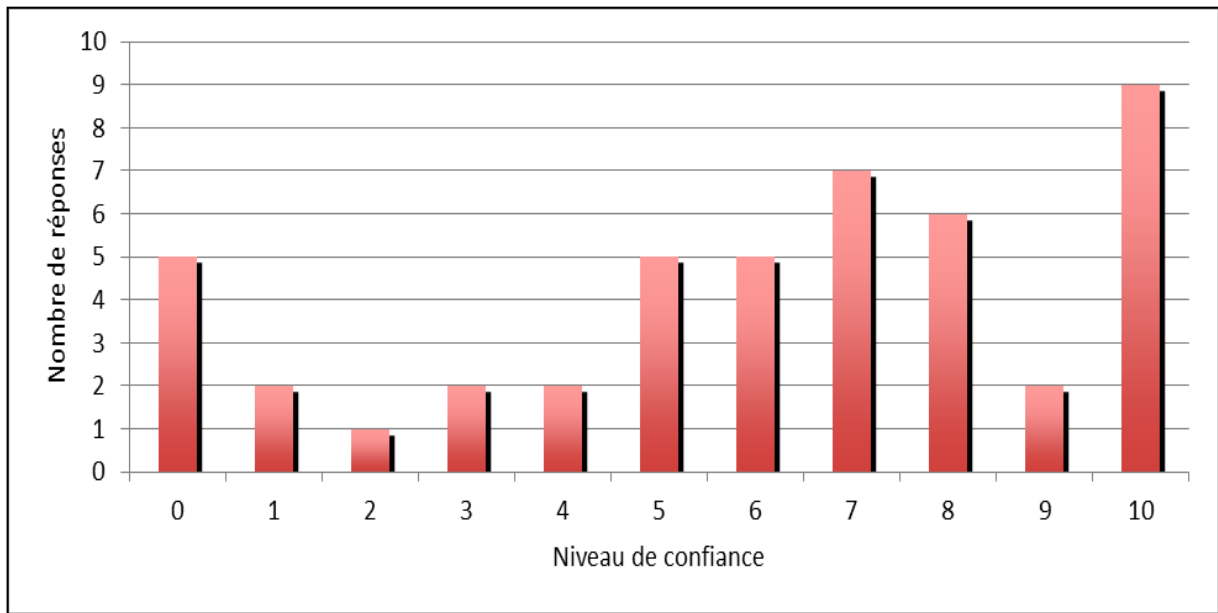


Schéma 4.R : niveau de confiance de l'EPA pour l'aide apportée par le MG dans le cadre du problème d'alcool du PAD

4. Attente vis-à-vis de lui-même

4.1 Question 10

L'évaluation de la nécessité d'une prise en charge spécifique de l'EPA concernant les retentissements liés au problème d'alcool du PAD montre que l'EPA considère, dans la très grande majorité, qu'il a besoin d'aide. Parmi les 45 réponses, 53,3 % (n=24) évalue à 10/10 la nécessité d'une aide spécifique pour eux-mêmes. La répartition des réponses à cette question se retrouve dans le **schéma 5.R**.

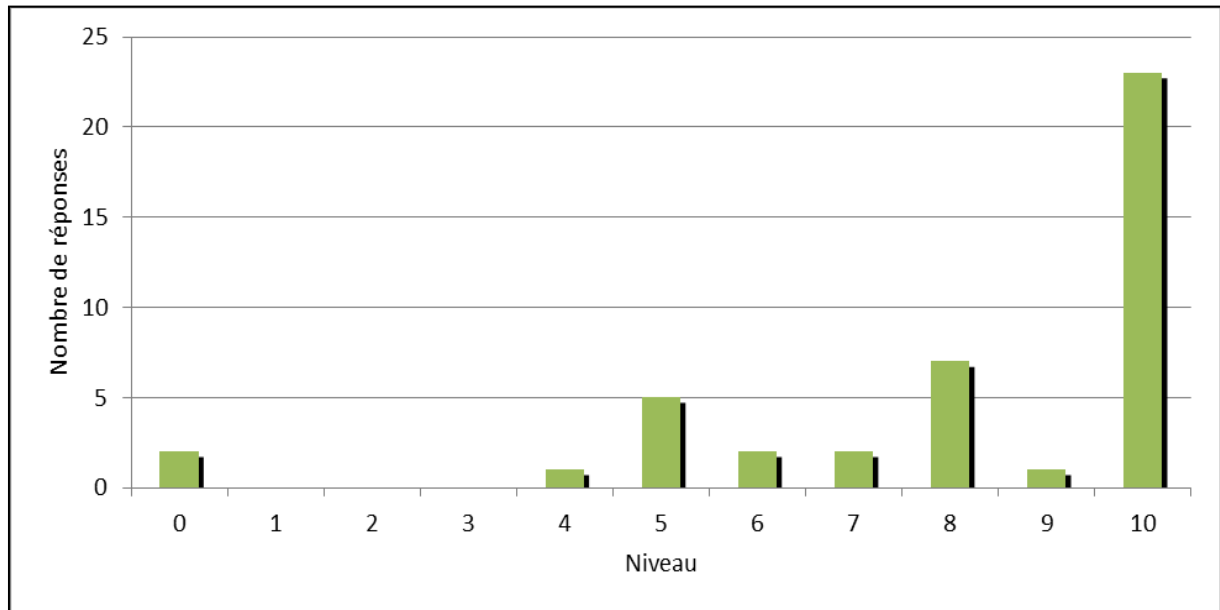


Schéma 5.R : évaluation de la nécessité d'une aide spécifique concernant le problème d'alcool pour l'EPA

4.2 Question 11

Selon l'EPA, le professionnel de santé le plus apte à l'aider est l'addictologue (57%, n=26). Parmi les 46 répondants, 8 personnes n'ont pas respecté la consigne d'une réponse unique, rendant leurs réponses ininterprétables. Le **schéma 6.R** décrit les catégories professionnelles qui, selon l'EPA, sont apte à l'aider.

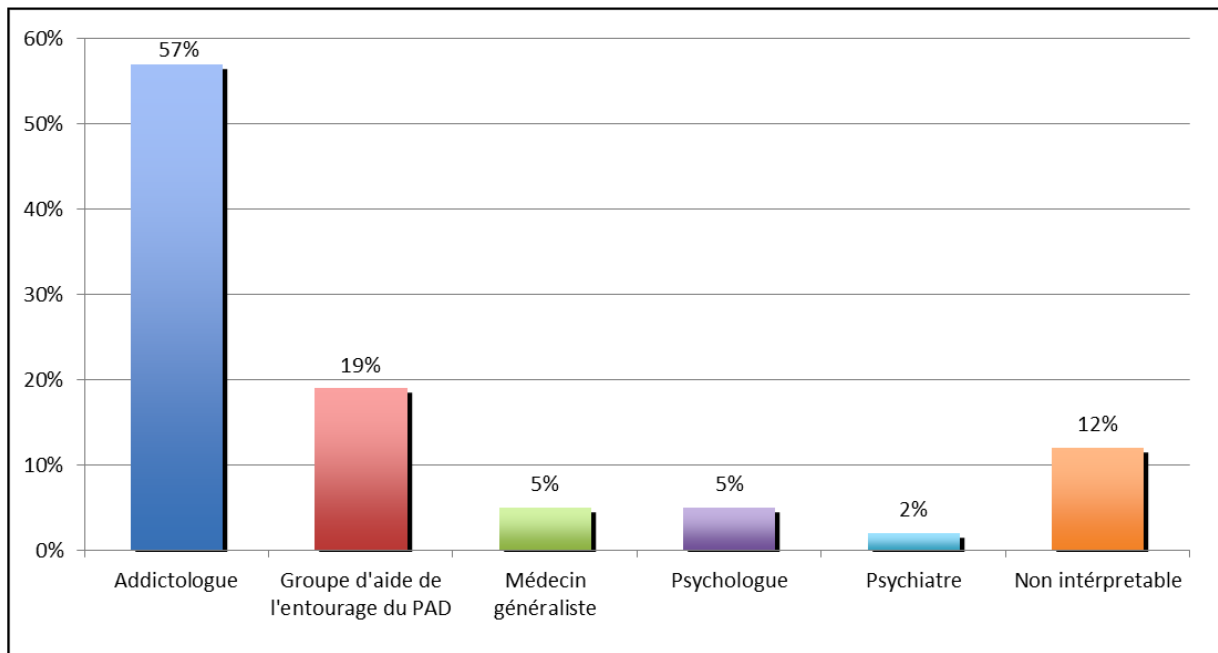


Schéma 6.R : avis de l'EPA sur le professionnel de santé le plus apte à l'aider

4.3 Question 12

Nous avons recherché quelles étaient les attentes de l'EPA sur sa propre prise en charge par le MG. A cette question à choix et réponses multiples, les 46 personnes ont répondu pour un total de 87 réponses. Le nombre de réponses était en moyenne de 1,9 (+/- 1) avec une médiane à 2. Le pourcentage de personnes ayant choisies une catégorie est résumée dans le **schéma 7.R**. Ce que recherche l'EPA est une écoute attentive chez 65 % des personnes (n=30), des conseils pour aider le PAD chez 52 % des personnes (n=24) et des informations sur la maladie alcoolique chez 43% des personnes (n=20). Six personnes ont déclaré ne pas avoir besoin d'aide. Enfin, les réponses classées « Autres » faisaient état d'un soutien via une association et une proposition d'un rendez-vous tripartite.

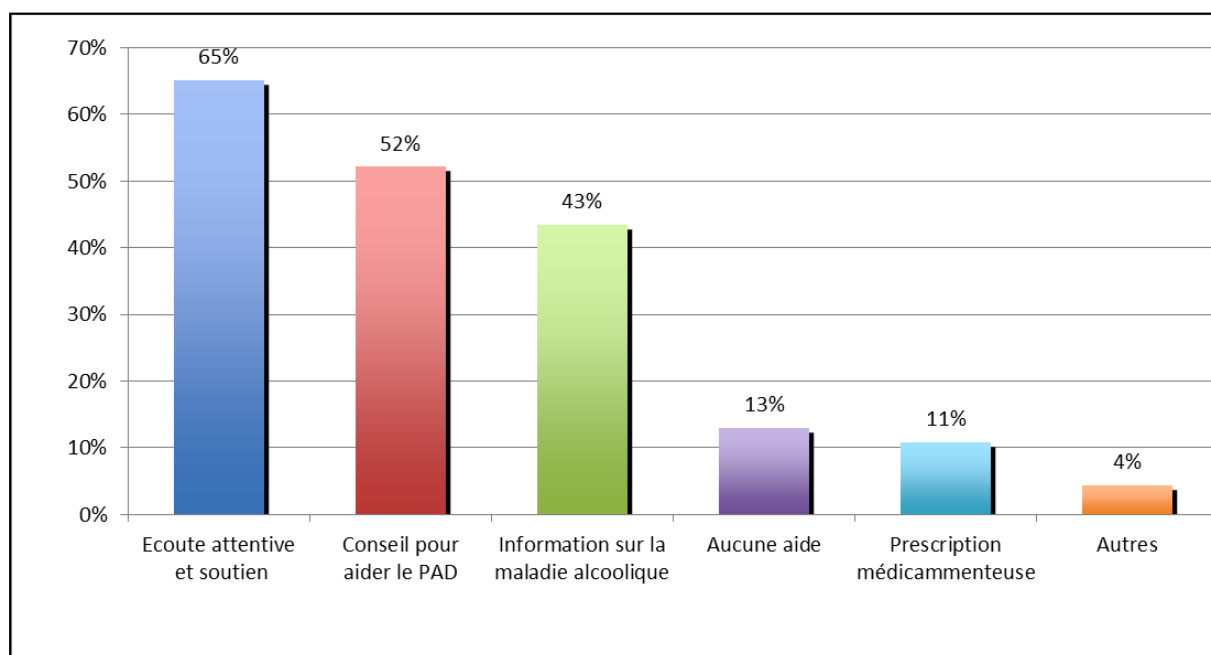


Schéma 7.R : répartition des attentes de l'EPA concernant sa prise en charge par le MG

4.4 Question 13

La majorité des personnes aimerait avoir des informations concernant la santé du PAD si elles avaient le même MG que le PAD.

- 4 personnes n'ont pas répondu (8,7 %)
- 8 ont répondu NON (17,4 %)
- 34 ont répondu OUI (73,9 %)

5. Support d'information : question 14

Le schéma 8.R permet de mettre en évidence dans quelles circonstances les proches souhaiteraient trouver ou recevoir un support d'information. Le nombre de réponses était en moyenne de 1,93 (+/-0,9) avec une médiane à 2.

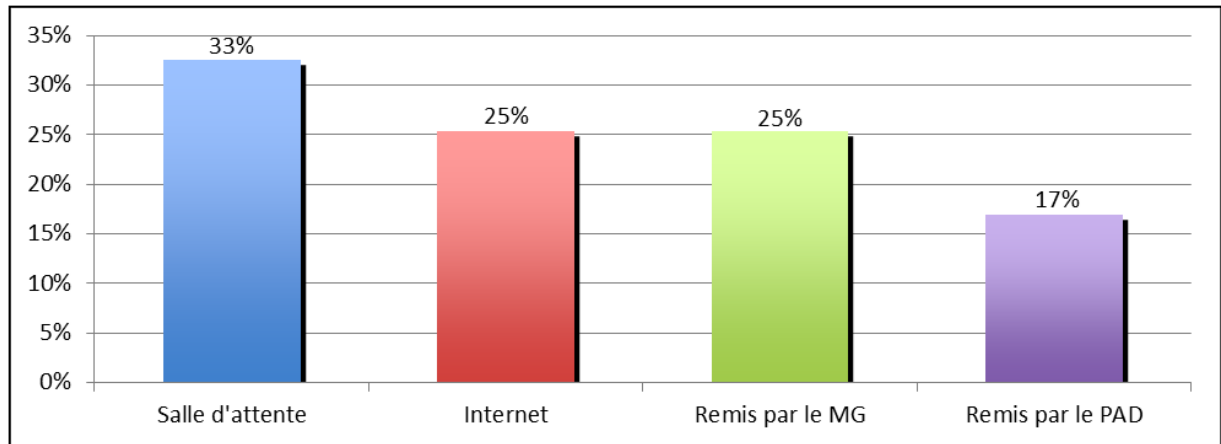


Schéma 8.R : source d'information souhaitée par l'EPA

6. Attente vis-à-vis du patient alcoolodépendant: question 15

Pour respectivement 96 % (n=44) et 80 % (n=37) de l'EPA, le soutien nécessaire pour le PAD est un suivi par un addictologue et un psychologue. A cette question à choix et réponses multiples, les 46 personnes ont répondu pour un total de 143 réponses. Le nombre de réponses était en moyenne de 3,12 (+/- 1,1) avec une médiane à 3. Le pourcentage de personnes ayant choisies une catégorie est résumée dans le schéma 9.R.

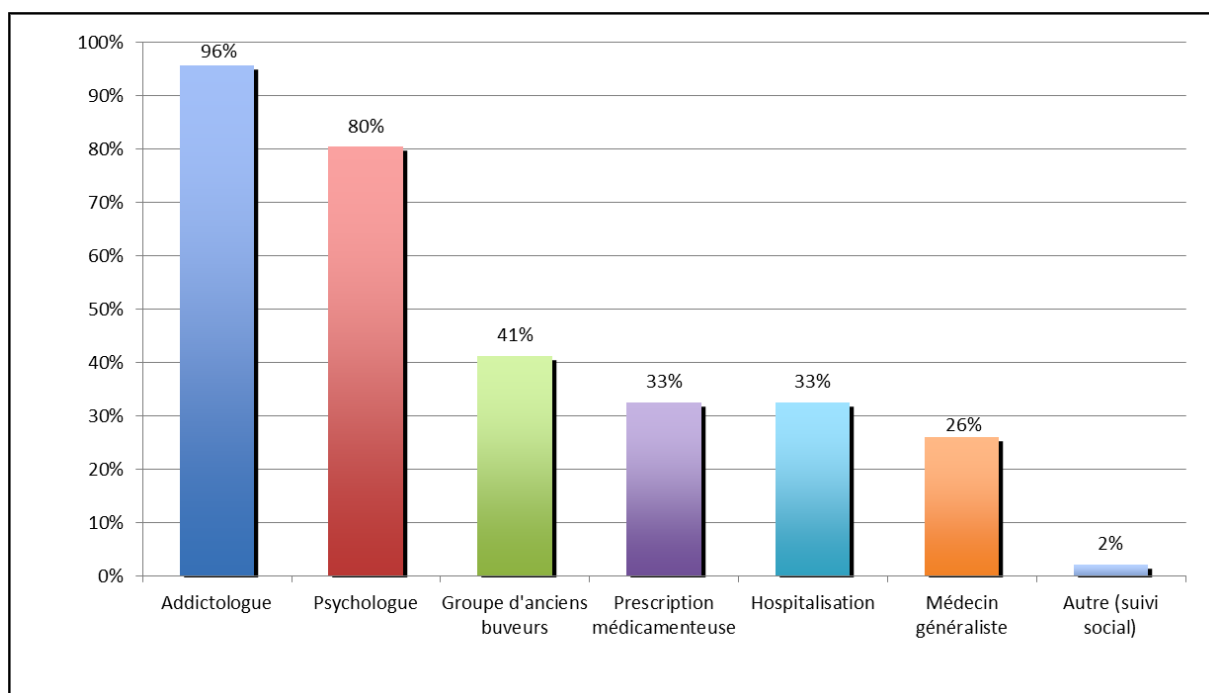


Schéma 9.R : estimation par l'EPA du soutien nécessaire pour le PAD

7. Question ouverte : question 16

Cette question permettait à l'EPA de s'exprimer et de proposer d'éventuelles suggestions de prise en charge. Les différents termes abordés sont synthétisés avec quelques exemples ci-dessous ; l'ensemble des écrits selon les catégories est en annexe (cf. annexe 6). Les différents thèmes abordés par les 36 répondants sont :

- **Manque de confiance sur la prise en charge de l'alcoolodépendance :**
« Je trouve que l'alcoolisme est mal pris en charge. Si le malade ne cherche pas à s'en sortir, aucun médecin ne lui parle jamais. »
- **Attente de l'entourage pour sa propre prise en charge :**
« Une bienveillance toute particulière serait à prendre en compte pour les enfants. »
« Encadrement, écoute » « Maladie difficile à comprendre. Manque d'information. »

- **Attente de l'entourage pour la prise en charge des PAD :**
 - « Souhaitable : cure avec suivi hebdomadaire psychologue – addictologue. »
 - « (...) Suivi une fois l'abstinence "acquise". »

- **Apport des groupes de soutien, Al-Anon :**
 - « Al-Anon s'est avéré plus riche pour moi. » (Par rapport aux équipes médicales addictologiques).

- **Rôle et vision du médecin généraliste :**
 - « Les généralistes sont démunis devant cette maladie. »
 - « La seule qui m'a considérée est mon médecin de famille. »

- **Déni du PAD :**
 - « Il est difficile de faire accepter l'alcoolisme à celui que l'on aime. »

- **Retentissement sur le proche :**
 - « Fort sentiment d'impuissance. »
 - « Nous (père - mère - 2 frères) nous sentons démunis. »
 - « Je me suis souvent sentie désarmée. »

DISCUSSION

1. Résultats principaux et hypothèses

1.1 Les caractéristiques des répondeurs (questions 1 à 5)

Le taux de réponse à notre envoi de questionnaires paraît satisfaisant.

Bien que non évalué, les professionnels animant la réunion entourage ont très souvent souligné l'intérêt des participants pour la discussion de groupe et leurs encouragements à maintenir ce temps d'écoute. En adressant ce questionnaire aux EPA ayant participé au moins une fois, nous avons probablement sélectionné un sous-groupe d'EPA motivé et/ou intéressé par notre étude. Initialement, nous avons pensé interroger les participants à l'issue de la réunion pour améliorer le taux de réponse mais la passation d'un questionnaire après cette réunion souvent intense émotionnellement pour les participants, nous avait parue inadaptée.

Nous ne pouvons pas analyser les spécificités socio-démographiques de la population étudiée car nous n'avons ni la possibilité de les comparer au groupe des non répondeurs, ni celle de les comparer à l'entourage de la file active de l'UTAMA. Cette population représentée par l'entourage est une entité floue, qui inclut les personnes suffisamment proches du patient pour s'en inquiéter et/ou en souffrir. Néanmoins, nos répondeurs semblent avoir été majoritairement les conjointes (dont l'âge moyen est de 51 ans) de patients. Cette tendance est très compatible avec la population des patients consultants dans les centres ambulatoires spécialisés en alcoologie tel que l'UTAMA, c'est-à-dire, 70% des consultants ont entre 30 et 60 ans, avec un sex ratio de 3 hommes pour 1 femme (41).

En marge de cette étude, nous avons pu observer que la fréquentation de ce groupe entourage (en moyenne moins d'une dizaine de personnes présentes), se réunissant de manière mensuelle, était notablement faible par rapport à la file active de PAD prise en charge au sein de l'unité (la file active en 2012, de PAD, au sein de l'UTAMA était de 827 patients). Ce constat peut témoigner autant d'une « disparition » de l'entourage social des patients que de la difficulté pour l'entourage à s'informer sur les spécificités de cette maladie ainsi qu'à imaginer les bénéfices, pour eux et pour le patient, de leur implication dans la prise en charge. De ce point de vue, il persiste en France des représentations négatives et culpabilisantes de la maladie alcoolique qui participent à l'absence de l'EPA dans l'aide au PAD (41). Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que l'EPA a trouvé des réponses et un soutien hors d'un service hospitalier. A cet effet, une étude élargie (en médecine de ville ou en population générale), nous permettrait de mieux connaître l'importance d'autres intervenants (psychologue, pharmacien, Education Nationale, représentant de culte religieux, groupes de pairs, etc.) dans l'aide et le soutien de l'EPA.

1.2 Les interlocuteurs privilégiés

Nos répondeurs ont nettement investi les médecins généralistes (36%) et les addictologues (31%) pour évoquer pour la première fois le problème d'alcool d'un proche (question 6, schéma 1.R). Nous ne pouvons savoir si c'est la compétence de ces professionnels sur le sujet ou la gravité des répercussions sur l'état de santé de l'EPA qui motive que le premier dépositaire soit un médecin.

Si notre travail s'intéresse spécifiquement à la place du MG dans l'aide aux EPA, nous n'abordons pas le niveau de confiance et/ou les compétences des addictologues et/ou structures d'addictologie (en particulier les CSAPA) sur ce sujet.

De plus, nous aurions pu demander à l'EPA s'ils avaient abordé le sujet avec d'autres professionnels (Education Nationale, avocat, représentant de cultes religieux, etc.). La dimension culpabilisante de la maladie alcoolique encourage à trouver une personne de confiance qui n'appartient pas obligatoirement à un cercle social proche. Le secret professionnel est une condition qui peut permettre de diminuer les craintes de stigmatisation et faciliter l'échange sur ce sujet mais ne semble pas pour autant une condition suffisante.

1.3 Satisfaction, confiance (et défiance) envers le MG

Parmi ceux (n=25) qui ont évoqué le problème avec leur MG, la majorité a un bon niveau de satisfaction. Néanmoins, on note qu'il existe une minorité avec un niveau faible (<5, question 7.c, schéma 2.R) de satisfaction. Parmi l'ensemble des répondeurs, cette insatisfaction relative et minoritaire se retrouve à la question 9 (schéma 4.R) où nous interrogeons le niveau de confiance envers le MG. Nous n'avons pas cherché à savoir si il s'agissait des mêmes « déçus ».

La satisfaction des patients (et par extension celui de l'entourage) fait partie de la qualité des soins bien qu'elle soit de nature complexe et subjective. Par définition, la satisfaction est l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, ou encore le sentiment de bien-être qui résulte de cette action. La satisfaction des patients est reconnue habituellement comme le reflet de la qualité de la relation médecin/patient et du degré de confiance des patients vis-à-vis de leur médecin. Par exemple, et pour illustrer la difficulté de satisfaire la demande, nous avons observé (ou entendu) chez quelques participants au groupe « entourage » de l'UTAMA, une déception à l'issue de la réunion. Il existe chez nos patients dépendants comme au sein de l'entourage, des attentes magiques quant aux interventions et conseils du corps médical, qui sont rarement remplies, comme par exemple la demande récurrente d'une boîte à outils utilisable à coup sûr, ou d'un traitement médicamenteux efficace systématiquement dans le cadre des troubles addictifs. Il paraît important de rappeler au corps médical et en particulier aux MG dans leur formation, l'importance d'accepter que le niveau de satisfaction ne soit pas de 100%, surtout dans le contexte de troubles complexes comme celui des comportements addictifs.

Les réponses à la question 11 (schéma 6.R) tendent à ajouter un critère à notre analyse: il s'agit là de la compétence estimée, aspect à différencier de la confiance. En effet, malgré le bon niveau de confiance de l'EPA, le médecin généraliste ne serait pas le professionnel de santé le plus apte à l'aider. En effet, ils étaient 57% à estimer que l'addictologue serait le plus apte à les aider contre 5% concernant le MG.

On ne peut conclure, compte tenu de nos effectifs et des biais de notre étude, mais nos résultats suggèrent la grande diversité des représentations de l'entourage vis-à-vis des compétences et les différences entre confiance et satisfaction.

A contrario de nos résultats, et même si les personnes interrogées ne font pas partie de la même population, les personnes interrogées dans l'étude du Dr Michaud, considéraient que le médecin généraliste était le meilleur interlocuteur (21%) pour aider une personne en difficulté avec l'alcool après les centres spécialisés (45%) et avant les médecins spécialistes (14%) (37).

1.4 Les attentes de l'EPA pour lui-même

Sans surprise compte tenu de la population sélectionnée dans notre étude, la grande majorité des personnes interrogées (question 10, schéma 5.R) a confirmé la nécessité d'une aide spécifique pour elles-mêmes.

Deux personnes ont répondu 0/10 à cette question. Nous relevons également que 6 personnes ont répondu « aucune aide » à la question 12 (schéma 7.R). On peut s'interroger évidemment sur les motivations de ces répondants à avoir participé au groupe entourage. Compte tenu du délai entre la participation au groupe et l'envoi du questionnaire, des événements intercurrents ont pu annihiler la demande initiale d'aide. Il aurait été néanmoins, intéressant de mieux explorer ces réponses paradoxales.

1.4.1 Etre questionné

Dans notre étude, 63,6 %, près de 2/3 des personnes estiment très utile que le médecin généraliste pose la question suivante « *Existe-il un problème d'alcool dans votre entourage ?* » (Question 8, schéma 3.R). Seulement 6 répondants estiment peu ou pas utile cette question. Nos répondants valident l'intérêt d'une question fermée, qui ressemble à celle des interventions ultra brèves proposées par exemple en tabacologie et réputées efficaces pour générer des changements de comportement de consommation. Dans une problématique différente, 2/3 des femmes qui ont subi des violences sexuelles, auraient souhaité que leur MG leur pose la question des violences sexuelles (43). Ces sujets peuvent se rejoindre car ils sont tous deux reconnus comme un élément de vie honteux. Parmi les personnes interrogées dans notre étude presque la moitié n'avait pas abordé le sujet avec son MG. Les raisons évoquées, sont la honte, la pudeur et le souhait de ne pas en parler tant que le PAD n'en a pas parlé (tableau 3.R). Dans la thèse de Béatrice LOUET-BORG, les raisons évoquées étaient l'espérance que le conjoint changerait (68%), que le proche pouvait se débrouiller seul (36%), la difficulté d'en parler (29%) et la honte (24%). (21). Si la majorité des patients souhaiterait que le thème de l'alcool dans l'entourage soit évoqué de manière plus systématique nous pouvons nous interroger sur la meilleure manière de l'inclure dans la consultation. Nous estimons que l'utilisation de la question fermée « *Existe-il un problème d'alcool dans votre entourage ?* » doit être intégrée dans un entretien où la qualité du lien est suffisamment bonne pour permettre de poser cette question. Ces conditions peuvent être réunies dès le premier entretien ou au cours de consultations ultérieures.

Les différentes études rejoignent notre analyse, les patients estimant que le médecin généraliste doit aborder le sujet de l'alcool que ce soit pour sa propre consommation, ou celle d'un tiers. Quand le sujet a été abordé, la majorité des personnes (EPA ou PAD) est satisfaite de l'aide apportée par le MG. Cependant, il existe des barrières pour évoquer ce sujet que ce soit de la part de l'EPA ou de la part du MG, souvent lié à la stigmatisation de cette maladie (dans notre étude, 2 MG seulement ont abordé le sujet eux-mêmes – cf. question 7a).

1.4.2 Une écoute attentive et un soutien

Les réponses à la question 12 (schéma 7.R) révèlent que l'EPA recherche une écoute et un soutien. Si cette demande peut paraître simple, l'attitude d'écoute n'est pas toujours facile. L'écoute est une démarche active qui consiste à saisir les contenus intellectuels et émotionnels du propos que l'on vient d'entendre.

Dans sa thèse d'exercice de médecine générale, Alice LAPLANTE a cherché à décrire les facteurs limitant de l'écoute en consultation que nous reprendrons ci-dessous. Son travail se basait sur des ouvrages de référence sur l'écoute, appartenant à des domaines éloignés de la médecine comme le marketing et la psychologie (44). Elle soulignait comme limites de l'écoute attentive : le temps (la complexité d'un échange est limitée à une durée de consultation courte), le non-dit (il peut être lié à la peur du jugement de l'autre avec des origines sociales et culturelles ou à des tabous), le suivi au long terme (la famille, l'habitude, l'image de l'autre influence sur le rapport que le patient a avec son médecin généraliste), les perturbations internes et externes (téléphone, présence d'un enfant agité, stylo qui ne fonctionne pas, mais encore fatigue ou inquiétude du médecin pour une pathologie organique du patient pouvant interrompre l'écoute attentive), l'adaptation au patient (Le médecin doit s'adapter au désir et à la personnalité du patient. Ceci est d'autant plus difficile que les consultations s'enchaînent, le médecin devant alors modifier son attitude en fonction de chaque patient). Cette liste est édifiante car ces éléments sont souvent présents dans une consultation normale.

De notre point de vue, en plus de lutter régulièrement contre ces obstacles, les MG doivent être encouragés à se former aux techniques d'écoute, pouvant être résumées ainsi : l'amplification, la reformulation, la clarification et la focalisation.

Cette écoute active favorise l'empathie et le sentiment d'être soutenu. Ce climat relationnel peut permettre de remplir plus facilement les autres attentes de l'EPA.

1.4.3 Une volonté d'aider le PAD

Dans notre étude, 52% des personnes souhaitent des conseils pour aider le PAD (schéma 7.R, question 12). Dans la thèse de Béatrice LOUET-BORG, 69% des conjoints interrogés souhaitaient des « conseils sur ce qu'ils pouvaient faire pour aider son conjoint » (21). Les études montrent que par un comportement inapproprié l'EPA peut avoir un effet délétère sur la consommation et la prise en charge du PAD (18). Connaître les spécificités des stratégies d'aide de l'EPA envers le PAD nécessite un travail approfondi, qui est décrit dans le « guide du traitement combiné » (45) ; inspiré de l'étude COMBINE (46). En ayant préalablement rappelé que l'implication d'un proche dans le traitement impose l'accord du patient, il y est décrit une liste de propositions visant à aider le patient et le proche à mieux gérer

une reprise de consommation (rappeler que le patient est le seul responsable de son problème ; renoncer à soutenir le patient lorsqu'il se trouve en période de consommation ; pour le proche chercher de l'aide ailleurs, comme dans les groupe de partage type Al-Anon ; intégrer le proche au traitement). De plus lorsque le proche est susceptible d'interagir négativement dans le traitement, le guide propose trois alternatives qui sont de limiter le rôle du proche ; la participation à un module pour entraîner à l'aptitude à la communication ou participer à un groupe d'entraide mutuelle. Cela implique que le MG est une bonne connaissance du réseau.

1.4.4 Être informé sur la maladie alcoolique

Enfin, les répondeurs de notre étude aimeraient recevoir des informations sur la maladie alcoolique (n=20 ; question12, schéma 7.R). De notre point de vue, ce temps d'information est personnalisé, car il doit prendre en compte les connaissances existantes ainsi que les représentations négatives et préjugés sur la maladie. Nous avons noté, en animant le groupe entourage, que les demandes d'information, portaient souvent sur les comportements spécifiques de leur proche malade, plutôt que des généralités. Dans ce cas précis, des informations plus personnalisées doivent être fournies en présence du PAD.

1.4.5 Le secret médical

A la question « si vous aviez le même médecin généraliste, aimeriez-vous qu'il vous donne des informations concernant la santé de votre proche ? », 34 personnes, ont répondu OUI (question 13). Le secret médical ne permet pas de donner de telles informations à l'EPA mais pour celui-ci, il est légitime de connaître l'état de santé de son proche. Ce constat n'est pas propre à la maladie alcoolique. Le secret médical est ignoré et/ou mal interprété à deux niveaux.

En premier lieu, dans notre étude, parmi les personnes qui n'ont pas parlé du problème alcool du PAD à leur MG, 4 personnes (tableau 3.R) ont évoqué le fait qu'elles ne voulaient pas aborder le sujet avant le PAD. Une personne a même évoqué qu'il s'agirait d'une trahison pour le PAD. Certains EPA ont le souci du retentissement que pourrait avoir la divulgation d'une telle information sur le PAD imaginant que le MG rompe le secret médical pour en informer le PAD. La rupture du secret médical est encore plus évidente quand il s'agit pour l'EPA de connaître l'état de santé du PAD (question 13, 34 personnes ont répondu OUI). Cette position est possiblement en lien avec l'image de la maladie alcoolique associée à la perte de contrôle et la mise en danger du PAD et de son entourage. Il paraît primordial d'informer le public sur le secret médical afin que le MG reste un interlocuteur de confiance tant pour le PAD que pour l'EPA.

1.5 Les attentes de l'EPA pour le PAD

Pour les répondeurs, c'est auprès de l'addictologue et du psychologue que le suivi du PAD doit s'effectuer, plutôt qu'avec le médecin généraliste (question15, schéma 9.R et cf. annexe 6). Ce résultat peut paraître paradoxal au regard, en population générale, du bon niveau de confiance témoigné envers les médecins généralistes quant à leur compétence en alcoologie (37). Nos répondeurs, recrutés suite à une participation à un groupe au sein d'un service hospitalier, privilégient une prise en

charge spécialisée et psychologique. Par contre, les pharmacothérapies, les groupes néphalistes, l'hospitalisation ou l'accompagnement social sont plus rarement cités. Même si les professionnels animant le groupe se sont toujours abstenus d'évoquer la supériorité d'une thérapeutique, on peut supposer que le binôme addictologue-psychologue à chacune de ces réunions, ait pu influencer les participants.

1.6 Des supports d'informations destinées à l'EPA, disponibles facilement

Nous avons recherché par quel moyen l'EPA souhaiterait recevoir ou trouver un support d'informations dédiées (question 14, schéma 8.R). Aucune proposition n'emporte largement la préférence des répondeurs. Néanmoins, avec 33% et 25% de réponses, un livret d'information disponible (en salle d'attente ou par internet), c'est-à-dire fourni sans l'intermédiaire d'un tiers est une proposition souhaitée par les répondeurs. Cette réponse peut sembler un peu paradoxale compte tenu d'une demande d'aide et de soutien personnalisé relevée précédemment (cf. Chapitre Discussion : 1.4). Néanmoins, on peut penser que le défaut de reconnaissance de la souffrance de l'EPA ait motivé les répondeurs aux 4 réponses.

1.7 Une souffrance, des manques, un oubli (question 16)

Il nous est apparu indispensable de laisser aux répondeurs une place à des commentaires libres (cf. annexe 6). Ceux-ci tendent à confirmer les réponses détaillées ci-dessus mais les répondeurs à cette question ont insisté sur les manques (formation des médecins, thérapie de l'alcoolodépendance, confiance en la médecine) et ajouté la question de la prise en charge des enfants de PAD, que nous n'avions pas abordée dans notre questionnaire.

En marge du questionnaire, plusieurs personnes ont ajouté qu'elles étaient reconnaissantes de l'intérêt que cette étude leur apportait, et nous demandaient de leur faire part des résultats.

2. Limites de l'étude

2.1 Biais et méthodologie

Echantillon :

Nous avons utilisé un échantillon d'EPA provenant du groupe entourage d'un service d'addictologie ambulatoire au sein d'un hôpital universitaire francilien de l'APHP, et non d'une consultation de médecine générale. De plus, les conditions du groupe entourage recrutent un public spécifique qui accepte que leur présence fasse l'objet d'une facturation (prix d'une consultation spécialisée). A cet effet, le nom, prénom et adresse du participant sont demandés (ce qui a permis de les contacter). Ce biais de recrutement indiscutable mais nécessaire, sélectionnant possiblement des habitués de la médecine spécialisée hospitalière, n'a pas empêché à la fois l'intérêt porté à notre étude (dont témoigne indirectement un niveau satisfaisant de réponses

à l'envoi des questionnaires) et le bon niveau de confiance manifesté envers la médecine générale de la part des réponders.

Le biais de non-réponses n'a pu être étudié car le design de l'étude ne nous a pas permis de décrire à minima les caractéristiques des non réponders et de les comparer à ceux des réponders.

Les objectifs de notre étude, la spécificité de la population étudiée et la difficulté à pouvoir facilement la contacter, nous ont dissuadés de constituer un groupe contrôle, qui aurait pu être constitué de personnes consultants en médecine générale ou de participants à des réunions du groupe Al-Anon. Nous avons privilégié un groupe disponible, a priori intéressé par le sujet, pour qui le problème du secret médical ne se posait pas (le retour du questionnaire était anonymisé), d'autant que le PAD n'était pas directement impliqué dans l'étude. Nous avons choisi de ne pas dispenser le questionnaire à l'EPA par l'intermédiaire du PAD, pour éviter que ce dernier puisse biaiser l'étude (soit en ne transmettant pas le questionnaire à l'EPA, soit en tentant d'influencer ses réponses).

Nous devions initialement envoyer les questionnaires aux personnes ayant consulté dans l'année qui précédait l'envoi du questionnaire, de janvier à décembre 2014. Devant le faible nombre de personnes à inclure, nous avons décidé d'envoyer le questionnaire aux personnes ayant participé au groupe entourage depuis 2012. Nous avons pris le risque que la problématique alcool ne soit plus d'actualité pour ce proche (les non réponders en font peut être partie).

Nous avons choisi d'exclure les personnes ayant participé au groupe entourage pour une problématique autre que l'alcool. Les prises de notes des intervenants (médecin addictologue et psychologue) ont permis d'identifier facilement ses personnes rétrospectivement. Compte tenu de l'orientation historique et la réputation alcoologique de l'UTAMA, nous avons exclu très peu de personnes venues pour d'autres problématiques (le plus souvent pour dépendance au cannabis chez de jeunes patients et entourage de personnes usant de nouvelles drogues de synthèse). Néanmoins, les similitudes des témoignages entre l'EPA et ces personnes nous font penser que les résultats et conclusions de notre étude pourraient également s'appliquer aux entourages des patients dépendants à d'autres substances.

Méthode quantitative:

Le choix de la méthode quantitative, à partir d'un questionnaire utilisant des questions à choix multiples, a été dicté par nos hypothèses et l'ambition d'objectiver les attentes et besoins de l'EPA, de décrire globalement ce que pourrait apporter la médecine générale, et permettre d'envisager ultérieurement des études intéressantes les aides spécifiques, l'efficacité des aides, la comparaison avec d'autres dispositifs ou d'autres types d'addictions, éventuellement dans le cadre de recherche-actions. Nos compétences cliniques ont participé aussi au choix d'une méthode quantitative.

Echelle numérique :

Nous avons utilisé dans le questionnaire 4 items avec une échelle numérique de 0 à 10, dont l'interprétation peut être sujette à controverse, d'autant que notre échantillon est limité. L'usage d'une échelle de Likert (échelle d'attitude comprenant 4 à 7 degrés par laquelle on demande à l'individu d'exprimer son degré d'accord ou de

désaccord relatif à une affirmation) (47), utilisée dans les enquêtes de satisfaction et qui présente une méthode d'analyse définie, aurait pu limiter les biais d'interprétations.

Malgré un taux de réponses satisfaisant, le nombre de répondeurs limite l'interprétation et la portée de nos résultats.

2.2 La recherche bibliographique

Dans le cadre de la discussion de nos résultats, nous nous sommes limités à la comparaison avec l'étude de Béatrice LOUET-BORG (thèse d'exercice de médecine générale (21), descriptive et quantitative qui a abordé un sujet similaire au nôtre), faute d'études de plus grande envergure. La bibliographie est pauvre en études récentes et similaires à notre sujet. Beaucoup de nos références bibliographiques s'intéressent à la prise en charge de l'entourage dans le cadre de thérapies familiales. La prise en charge spécifique de l'entourage dans le cadre d'une dépendance à une substance semble avoir fait l'objet de peu de recherche, l'intérêt pour l'EPA visant, semble-t-il, à l'amélioration de la prise en charge du PAD.

3. Les perspectives

Les résultats de ce travail auprès d'une population sélectionnée et restreinte mériteraient d'être confirmés par une étude plus large s'intéressant à la population venant consulter en médecine générale. Il pourrait s'agir de les interroger sur la légitimité du MG à questionner l'existence d'un problème de santé d'un proche, et tout particulièrement un trouble de l'alcoolisation qui toucherait un membre de son entourage. Ce travail pourrait se compléter en parallèle, d'une étude du niveau de confiance et d'envie du MG d'aborder la question de la santé de l'entourage (le trouble de l'alcoolisation en particulier).

En attendant ce type de travaux qui s'inscrivent dans une volonté de placer le MG comme pivot dans la santé physique, psychique et sociale de ses usagers, nous pouvons à partir des réponses de notre échantillon, élaborer des propositions ou rappeler les dispositifs existants.

3.1 Sensibiliser le MG sur l'intérêt d'aborder le sujet

L'importance du MG sur la problématique « alcool » en France est indéniablement rappelée par les résultats de l'étude « entourage » (16).

3.1.1 Poursuivre la diffusion du RPIB

Les autorités sanitaires françaises mettent en place depuis plus de dix ans une stratégie de diffusion du Repérage Précoce et d'Intervention Brève (RPIB) en médecine générale. Selon une méta-analyse de 13 revues de références et d'un essai randomisé le RPIB permet de réduire l'usage d'alcool et de drogues à court terme et jusqu'à un an plus tard (48). Aborder le sujet peut déjà permettre un changement de comportement. Une intervention brève fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de

son comportement permet de réduire la consommation d'alcool à court ou moyen terme (48, 49). Selon l'HAS, le RPIB consiste en :

- Sensibiliser toutes les personnes qui consomment de l'alcool aux risques que présente leur consommation individuelle, par une information concernant cette consommation à l'aide de questionnaires. Les questionnaires utilisables sont Quantité/fréquence : 2 questions (cf annexe 6), FACE : 5 questions (cf annexe 7), AUDIT C : trois questions (cf annexe 1) et AUDIT complet : 10 questions (recommandé par l'OMS) (cf annexe 8).
- Dispenser, si nécessaire, une intervention brève précoce et de proximité.

Renforcer la formation au RPIB peut aussi permettre aux médecins généralistes de se familiariser avec un type d'entretien efficace pour améliorer les capacités d'écoute et le soutien (cf. Chapitre Discussion : 1.4.2).

3.1.2 Encourager et apprendre à questionner des sujets délicats

Nos répondants, bien que sélectionnés, valident la légitimité du MG à poser une question simple « *Existe-t-il un problème de consommation d'alcool dans votre entourage ?* ». Si la relation est installée, nos résultats confirment notre intuition clinique : le MG est autorisé à interroger le contexte de vie.

Nous pouvons imaginer, afin d'éviter l'usage d'une question fermée, d'utiliser une formule, incluant à la fois les raisons de notre question et une question plus ouverte moins centrée sur l'alcool du type : « *Nous savons que les problèmes de santé physique, psychique ou l'addiction d'un proche peuvent perturber la santé. En parler peut aider celui qui vit avec une personne malade. Est-ce que qu'il y a quelqu'un qui vous préoccupe dans votre entourage actuellement ?* »

Nous pensons plus simple (avec les limites énoncées cf. Chapitre Discussion : 1.4.1) d'inclure cette question systématiquement lors de la première rencontre avec le patient. Dans le cas d'une réponse positive, une seconde consultation pourrait alors être envisagée pour approfondir le sujet. Le MG pourrait aussi proposer à l'issue de l'entretien un livret d'informations dédié à l'EPA.

Quant à l'utilisation d'un questionnaire disponible en salle d'attente relatant les antécédents des patients et de son entourage, cela impose un temps de relecture par le MG et apparaît souvent comme un facteur limitant de son utilisation et de sa diffusion en France.

3.2 Fournir un livret d'information sur la maladie et aider à accéder au réseau

Si notre échantillon d'EPA a fourni plusieurs réponses (cf Chapitre Discussion 1.6), ces options doivent être acceptées par les MG. Nous savons que les prospectus sont souvent déjà nombreux dans une salle d'attente. Intuitivement, nous imaginons plusieurs stratégies dont la pertinence serait à valider :

- Un affichage (poster, ou affichage digital) en salle d'attente fournissant une adresse de site internet d'information (sur la maladie, la prise en charge du PAD et de l'EPA).
- Ce site pourrait être présenté par le MG au cours de l'entretien, qui pourrait également lui fournir un livret (téléchargeable) incluant, au vu de nos résultats,

des informations concernant la maladie alcoolique, quelques messages clés sur le rôle du proche dans la maladie alcoolique, des explications sur la notion de codépendance, un lien internet pour retrouver toutes les structures d'accueil dédiées à l'entourage.

D'une manière générale et à l'instar d'autres pathologies chroniques, nous ne pouvons qu'encourager les MG à connaître le réseau de soins en addictologie de proximité (les consultations d'addictologie en médecine libérale, CSAPA, les structures hospitalières d'addictologie, les associations d'entraide ou d'auto support). Nous suggérons, même si nos résultats ne tendent pas à le démontrer, que l'adressage vers un(e) psychologue, connaissant les troubles addictifs et formé aux thérapies systématiques, peut être bénéfique à l'EPA.

3.3 Développer une aide pour l'EPA

Comme le suggère fortement notre échantillon dans ses réponses et ses commentaires libres, l'EPA est en demande d'aide, d'écoute et est prêt à aider le PAD.

Nous pensons que la société savante d'alcoologie (SFA) devrait encourager le réseau de soins à être à la fois plus accueillants et plus soutenant envers l'EPA, et aussi promoteur d'une intégration de l'EPA dans le processus de soins du PAD. La SFA pourrait encourager un référencement plus spécifique des structures d'accueil de l'entourage.

3.4 Développer des réponses sur les nouveaux outils de communication

La création d'un forum sur internet n'est pas une idée nouvelle. Le site <http://www.alcoolinfoservice.fr> permet de trouver des forums de discussion pour l'entourage de patient ayant un trouble de l'alcoolisation. On peut y trouver également des informations sur la maladie alcoolique et sur l'alcool, un espace pour la personne en difficulté avec l'alcool, un espace pour l'entourage, un espace pour les jeunes. Le site suisse francophone <http://www.mamanboit.ch/8-12/>, soutenu par l'association *Addiction Suisse*, s'appuie sur une interactivité et un format qui devraient pouvoir être exportés en France.

Le développement d'applications pour téléphone mobile pour les proches de personnes ayant un comportement addictif (alcool ou autre substance), pourraient avoir plusieurs objectifs : fournir des informations locales sur le réseau de soins ou d'entraide (via la géolocalisation), fournir des conseils face à des situations graves ou urgentes, proposer un forum de discussion.

CONCLUSION

Parmi les problèmes de santé publique actuels et prégnants, les troubles de l'alcoolisation sont associés à une morbidité importante et une mortalité considérable. L'alcoolodépendance, définie selon le DSM-4, affecte la personne dépendante et son entourage. Les travaux qui ont porté sur l'entourage des malades de l'alcool confirment l'existence de troubles multiples, souvent sévères, qui se développent en miroir des symptômes des patients. Groupes d'entourages et thérapeutes ont pu ainsi définir les notions de « codépendance », de « système alcoolique » et envisager des aides spécifiques, le plus souvent centrées sur l'amélioration du malade alcoolique. Peu de travaux se sont intéressés spécifiquement à l'entourage qui reconnaît avoir besoin d'aide mais qui souffrent aussi d'un sentiment d'exclusion et de honte.

Premier professionnel dans l'accès aux soins, le médecin généraliste (MG) est susceptible de rencontrer à la fois beaucoup de malades de l'alcool et, de facto, leur entourage. Si on reconnaît l'efficacité de l'intervention brève sur les usagers d'alcool, on ignore la légitimité du MG à intervenir auprès de l'entourage du patient alcoolodépendant (EPA) pour améliorer sa situation et sa souffrance.

Notre étude, à l'échantillon limité et recruté au sein de participants au groupe « entourage » organisé de longue date au sein de l'UTAMA, a confirmé la confiance envers les MG pour aborder le sujet, même si la honte et la rupture du secret médical apparaissent comme des obstacles présents. Nos répondeurs ont nettement autorisé qu'une question s'intéressant à l'existence d'un problème d'alcool dans leur entourage leur soit posée. A l'instar de ce que nous avons pu constater au sein de l'UTAMA quand nous étions contactés par l'EPA, il est demandé aux MG (et sans doute aux addictologues, identifiés aussi comme des professionnels utiles à leur prise en charge) de l'écoute, du soutien et de l'information tant sur la maladie alcoolique que sur la manière d'aider la personne alcoolodépendante (PAD).

Nous pensons, qu'en amont de la trajectoire de soins du PAD, longue et jonchée parfois de rechutes difficiles à accepter pour l'EPA, le MG pourrait aborder le sujet systématiquement plutôt que de manière opportuniste, lui permettant aussi de reconsidérer son patient, ses pathologies et son comportement à travers le prisme de la pathologie alcoolique du proche. En lui apportant des informations sur la maladie alcoolique et des conseils sur le rôle de l'EPA, il pourrait améliorer la qualité de vie de l'EPA mais aussi avoir des effets bénéfiques sur le PAD. Ces hypothèses sont à confirmer par des travaux de plus grande ampleur.

Concernant la demande d'informations, elle porte sur la maladie mais aussi le malade lui-même dans une démarche potentiellement altruiste mais inaccessible compte tenu du secret médical. Pour répondre, il s'agirait de créer des livrets spécifiques (compléter les livrets d'information disponibles actuellement serait une option) pour l'entourage, y traiter la question des troubles ressentis habituellement par l'entourage, évoquer le secret médical et sa logique. Pour améliorer la disponibilité de ce type de supports, nous avons à diffuser l'information via les nouveaux outils de communication tels Internet et les réseaux sociaux.

Selon nous, en parallèle, les MG doivent maintenir une qualité d'entretiens favorisant l'écoute et le soutien pour cette population vulnérable et culpabilisée ainsi que leurs compétences en alcoologie (via la formation au RPIB), incluant la connaissance du réseau de soins de proximité. Celui-ci, comprenant les structures hospitalières, ambulatoires (CSAPA) et les autres professionnels libéraux compétents, complètent l'accompagnement du MG. Un réseau clair et mieux référencé pourrait favoriser l'accès à une aide spécifique de l'EPA, dont celui des enfants de PAD. Les professionnels du réseau d'alcoologie pourraient également se familiariser (et/ou proposer plus souvent pour les EPA) avec les thérapies familiales réputées efficaces pour le traitement des PAD même si elle n'est pas dédiée directement à l'EPA.

Les études sur l'EPA sont rares et concernent peu leur propre prise en charge. Par cette étude, nous espérons contribuer à mettre en exergue cette conséquence spécifique de l'alcoolodépendance ainsi que les attentes de l'entourage. D'autres travaux, dont une étude plus approfondie en médecine de ville et comparant la vision du MG à celle du proche, pourraient consolider nos résultats ainsi que limiter les biais de notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. NAASILA Mickaël, NALPAS Bertrand. Alcool et santé : bilan et perspectives. *INSERM* [en ligne]. 2016, [réf. du 04/05/2016]. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives>
2. COMMISSION EUROPÉENNE. Consommation abusive d'alcool. *Direction générale : Santé et protection des consommateurs* [en ligne]. Bruxelles, 2007, [réf. du 04/05/2016], 4p. Disponible sur : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_harmful_fr.pdf
3. BECK François, RICHARD Jean-Baptiste. La consommation d'alcool en France. *La presse médicale*, octobre 2014, tome 43, n°10, p 1070-1079
4. TIMBART Odile, BUSCH Faustine. Les condamnations en 2013. *Casier Judiciaire National* (Ministère de la Justice, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation - SDSSED) [en ligne]. 2014, [réf. du 04/05/2016], p 8. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_condamnations_2013.pdf
5. ONISR (Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière). La sécurité routière en France, bilan de l'année 2013. Paris : *La Documentation française*, 2015, p 81
6. RIZK C. L'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs d'actes de violences, de menaces ou d'injures décrits par les personnes s'étant déclarées victimes lors des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2009 à 2012. *Repères*, 2012, n°19, p 27
7. INSERM, Alcool - Effet sur la santé. 2001, 327p, p 11
8. MOLLER Las. L'alcool, enjeu majeur de santé publique en France et en Europe, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire – InVS*. mai 2013, n°16-17-18, p161
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002, p. 65-66
10. GUERIN Sylvie, LAPLANCHE Agnès, DUNANT Ariane, HILL Catherine. Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*, Villejuif, 2013, vol. 23, n°4. p588-593
11. PAILLE F, REYNAUD M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2015, n°24-25, p. 440- 449
12. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement, recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 2014, tome 37, n°1, p.17

13. REHM Jurgen, MATHERS Colin, POPOVA Svetlana, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*. 2009; vol. 373, n°9682, p. 2223-2233
14. ANDERSON Peter, BAUMERG B. Alcohol in Europe: A public health perspective: A report for the European Commission. *Institute of Alcohol Studies*. London, juin 2006, p. 47-74
15. HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. Paris, avril 2010, p. 21-23
16. HOERTEL N, CROCHARD A, ROUILLON F, LIMOSIN F. L'alcool en France et ses conséquences médicales et sociales : regard de l'entourage et des médecins généralistes. *Encephale Suppl.* Paris, 2014, p.11-31
17. SFERRAZZA Rita, PHILIPPOT Pierre. Dysfonctionnement relationnel au sein des couples alcooliques. *Alcoologie et Adictologie*. Juin 2002, tome 24, n°2, p. 117-126
18. HOERTEL N, CROCHARD A, ROUILLON F, LIMOSIN F. La consommation excessive d'alcool : un lourd fardeau pour l'entourage. *Encephale Suppl.* Paris, 2014, p. 1-9
19. DANIS Daniela. La maladie de la dépendance et de la codépendance : l'effet miroir (Point de vue). *ARPES*. Mars 2013,5p
20. MICHAUD Philippe. Les enfants de parents alcooliques. *Le Carnet PSY* [en ligne]. 2001 [réf du 03/05/2016], n°61, p. 33-35. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-1-page-33.htm>
21. FANELLO S, LOUET-BORG B, KIRITZE-TOPOR P, DELBOS V, JOUSSET N, DANO C, PENNEAU-FONTBONNE D. Conjointes de patients alcoolodépendants. Leurs attentes lors de la première consultation alcoologique. *Alcoologie et Addictologie*. 2002, tome 24, n°2, p 11-15
22. ROUSSAUX Jean-Paul, FAORO-KREIT Blandine, HERS Denis. L'alcoolique en famille. 1^{er} éd. Bruxelles: *De Boeck Université*, 1996, 281p (oxalis)
23. HUGUES-HAMMER Cyrilla, MARTSOLF Donna S, ZELLER Richard A. Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*. Octobre 1998, vol.12, n°5, p 264-272
24. BOSCOLO Luigi, CECCHIN Gianfranco, HOFFMAN Lynn. Milan systemic family therapy. Conversation in theory and practice. *Basic Books*, New-York, 1987
25. JACKSON D. The question of family homeostasis. *Psychiatric Quaterly Suppl.* 195, tome 31 (part 1), p.79-90

26. DAVIS D, BERENSON D, STEINGLASS P, DAVIS S. The adaptive consequences of drinking. *Psychiatry*. 1974, vol. 37,n° 3, p. 209-216
27. STEINGLASS Peter. A life history model of the alcoholic family. *Fam procès*. 1980, tome 19, p 211-226
28. Union Alcoolique Anonymes. Site des Alcooliques Anonymes [en ligne]. [Réf du 03/05/2016]. Disponible sur <http://www.alcooliques-anonymes.fr/>
29. INSERM. Psychothérapie : Trois approches évaluées. Rapport. Paris : *Les éditions Inserm* [en ligne]. 2004 [réf du 17/05/2016], p263-276 ; p332-346. Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/57>
30. LANDRY M. et coll, Pratiques reconnues dans le traitement des jeunes et des adultes aux prises avec une dépendance. *Centre Dollard Cornier – Institut universitaire sur les dépendances*. Québec, Août 2010, p 16-20
31. MANUEL Jennifer et coll, Community Reinforcement and Family Training : A Pilot Comparaison of Group and Self-directed Delivery. *National Institute of health*. 2012, vol. 43,n°1, p 129-136
32. CRISP Arthur H, GELDER Michael G, RIX Susannah, and al. Stigmatisation of people with mental illness. *Br j Psychiatry*. 2000, p 4-7
33. ANDERSON P. Managing alcohol problems in general practice. *British Medical Journal (Clinical research ed)*. 1985, vol. 290, n°6485, p.1873-1875
34. DOURGNON Paul, GUILLAUME Stéphanie, ROCHEREAU Thierry. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010, Recours et renoncement aux soins en 2010. *IRDES* [en ligne]. juillet 2012 [réf du 17/05/2016], p 138-143. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>
35. CANOUÏ-POITRINE Florence, MOUQUET Marie-Claude. Les risques d'alcoolisation excessive : des écarts entre déclaration des patients et avis des médecins, *DRESS - Etudes et résultats* [en ligne]. 2005 [réf du 17/05/2016], n°405, 11p. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2005/405/er405.pdf>
36. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours. *Service des bonnes pratiques professionnelles* [en ligne]. 2014 8 [réf du 20/03/2014], p 4-8. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/reperage_precoce_et_intervention_breve_en_alcoologie_en_premier_reco_urs_-_note_de_cadrage.pdf
37. MICHAUD Philippe et al. Alcool, tabac, drogues : le public fait confiance aux médecins. *Revue du Praticien de Médecine Générale*. 2003, tome 17, n°611, p 605-608

38. HOERTEL N, CROCHARD A, ROUILLON F, LIMOSIN F. Alcool : quel impact en France? *La Revue du Praticien de Médecine Générale*. Juin 2014, tome 28, n°923, p. 478-479
39. BOUIS Jean-Claude, GACHE Pascal, RUEFF Bernard et al. Parler d'alcool reste un sujet tabou, *La Revue du Praticien de Médecine Générale*. 2002, tome 16, n°588, p.1488-1492
40. LOUET-BORG Béatrice. Le médecin et le conjoint de maladie alcoolique : la première consultation « alcoologique », 136p. Thèse : Médecine : Angers : 2001
41. PALLE Christophe, RATTANATRAY Malisa. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie 2010, Situation en 2010 et évolutions sur la période de 2005 - 2010. *OFDT, Focus consommateurs et conséquences*. Juin 2013, p 10-11
42. TOVAR Marie-Line, LE NEZET Olivier, BASTIANIC Tanja. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *OFDT, Tendances*, octobre 2013, n°88, 6p
43. PALISSE Mathilde. Repérage par le médecin généraliste des violences faites aux femmes : le point de vue des patientes. 102p. Thèse: Médecine : Paris 5, 2013
44. LAPLANTE Alice, L'écoute en médecine générale L'adaptation à la médecine générale de techniques d'apprentissage de l'écoute importées d'autres domaines. Thèse : Médecine : Paris 6 : 2011, p19-28
45. DAEPPEN Jean-Bernard. La dépendance à l'alcool : guide de traitement combiné. Paris : *Ed Flammarion*, 2009, p28-29
46. ANTON RF, O'MALLEY SS, CIRAULO DA and al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295:2003-17
47. Questionnaire-Pro.fr [Resource électronique], Echelle d'attitude likert, [réf du 03/05/2016]. Disponible sur : http://questionnaire-pro.fr/accueil/articles/73/echelles_attitude_likert
48. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. International Standards on drug use prevention. *United Nations*. Vienna, 2015, p 23
49. MILHET Maitena, DIAZ-GOMEZ Cristina. Alcoolisations excessives et médecine générale. *OFDT –Tendances* [en ligne]. Mars 2006 [réf du 17/05/2016], n°47, 4p. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxmmm3.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 - Questionnaire AUDIT-C

L'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) a été élaboré sous l'égide de l'OMS. L'Audit-C est sa version simplifiée qui utilise uniquement les trois premières questions sur les dix de la version intégrale. L'AUDIT complet est conçu pour détecter les personnes dont le mode de consommation provoque déjà des troubles ou risque de causer des dommages dans le futur en termes de santé physique ou mentale. L'Audit-C permet de mesurer l'usage à risque ponctuel, l'usage à risque chronique et la dépendance.

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

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

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

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

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?

- (0) Jamais
- (1) Moins d'1 fois par mois
- (2) 1 fois par mois
- (3) 1 fois par semaine
- (4) Tous les jours ou presque

Calcul du score total :

L'interprétation du score total se fait en fonction de la somme des points obtenus aux 3 questions.

	Score pour les Hommes	Score pour les femmes
Test positif	> 4	> 3
Dépendance	> 10	> 10

Annexe 2 - Abus et dépendance à une substance selon le DSM4

Abus d'une substance selon le DSM-4

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ;
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents.

Dépendance à une substance selon le DSM-4 :

Présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- Tolérance (quantité ou effet) ;
- Sevrage (syndrome) ;
- Substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée ;
- Désir persistant ;
- Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance ;
- Abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes ;
- Utilisation de la substance poursuivie, bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent.

Annexe 3 - Questionnaire à l'entourage du patient alcoolodépendant

Proche du patient en difficulté avec l'alcool et médecin généraliste

*Questionnaire **anonyme** dans le cadre du groupe entourage de l'UTAMA*

1. Quel est votre sexe ? :

- Masculin
- Féminin

2. Quel est votre âge ? :

3. Exercez-vous actuellement une profession ?

- OUI
- NON

4. Quel lien avez-vous avec la personne qui présente des difficultés avec l'alcool ? Vous êtes :

Une seule réponse

- Son conjoint(e)
- Son père ou sa mère
- Son frère ou sa soeur
- Un de ses enfants
- Autre membre de la famille (cousin, grand parents, etc.)
- Un(e) ami(e)
- Un(e) collègue
- Autre: (*précisez*)

5. Actuellement, vivez-vous avec cette personne ?

- OUI
- NON

6. Concernant le problème d'alcool de cette personne: à quel professionnel vous êtes-vous confié(e) pour la première fois ? *Une seule réponse*

- Votre médecin généraliste de famille (habituel)
- Un autre médecin généraliste
- Un(e) addictologue, médecin spécialiste de l'alcoologie
- Un(e) psychologue
- Un (e) assistant(e) social(e)
- Autre: (*précisez*)
- Aucun

Annexe 4 - Questionnaire de la thèse de Béatrice LOUET-BORG

1. Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin

2. Quel est votre âge ?

3. Quelle est votre situation familiale ?

- Marié(e)
- Concubinage

4. Exercez vous actuellement une profession ?

- Oui
- Non

5. Votre conjoint exerce-t-il actuellement une profession ?

- Oui
- Non

6. Avez vous des enfants ?

- Oui
- Non

7. Où habitez vous ?

- A la campagne
- Dans une ville

8. Consommez vous de l'alcool ?

- | | | | |
|-------------------|------------------|-----------|--------|
| • Vin : | tous les jours ; | parfois ; | jamais |
| • Bière : | tous les jours ; | parfois ; | jamais |
| • Cidre : | tous les jours ; | parfois ; | jamais |
| • Alcools forts : | tous les jours ; | parfois ; | jamais |

9. Avez-vous ou avez-vous eu personnellement une consommation excessive d'alcool ?

- Oui
- Non

10. Avez-vous ou avez-vous eu personnellement une consommation d'autres drogues ?

- Oui
- Non

11. Fumez-vous ou avez-vous fumé régulièrement ?

- Oui
- Non

12. Prenez-vous ou avez-vous pris des somnifères ou des médicaments contre l'anxiété ou des antidépresseurs ?

- Oui
- Non

13. Y a-t-il eu d'autres malades de l'alcool dans votre entourage ?

- Oui
- Non

14. Si vous êtes séparé(e), votre premier conjoint buvait-il ?

- Oui
- Non

15. Selon vous, depuis combien de temps votre conjoint boit-il (elle) ?

- Oui
- Non

16. Buvait-il avant votre mariage (avant votre installation ensemble) ?

- Oui
- Non

17. Quand ou à partir de quel moment la manière de boire de votre conjoint vous semble-t-elle avoir changé ?

18. Quand ou pourquoi la manière de boire de votre conjoint vous à a-t-elle posé problème ?

19. À quel moment avez-vous pris conscience du problème d'alcool de votre conjoint ? (à quoi vous en êtes-vous rendu(e) compte ?)

- Lors d'une complication médicale, d'un problème de santé
- Lors d'un problème au travail ou judiciaire (retrait de permis)
- Lors d'un problème financier (dettes)
- A l'occasion de confidences d'un tiers (parent, ami, médecin...)
- A l'occasion de confidences d'un changement de comportement (violence, irritabilité...)
- Autres circonstances (précisez)

20. Qu'avez-vous fait alors ? (plusieurs réponses possibles)

- Rien
- Discussion avec votre conjoint
- Tentative de sevrage malgré lui (destruction des bouteilles...)
- Recherche d'aide et conseils auprès de proches de professionnels de santé (médecin, psychologue, conseiller conjugal...)
- Autres (précisez)

21. Avant d'aller voir votre médecin, avez vous vu d'autres personnes pour parler de ce problème ?

- Personne
- Avec un membre de votre famille
- Avec un(e) amie
- Avec un membre d'une association d'anciens buveurs
- Autres (précisez)

22. Avec quel médecin a eu lieu votre première consultation concernant le problème d'alcool de votre conjoint ?

- Votre médecin généraliste habituel (médecin de famille)
- Un autre médecin généraliste
- Un médecin spécialiste de l'alcoologie
- Un autre spécialiste, de quelle spécialité ?

23. A quel endroit a eu lieu cette consultation ?

- Dans un cabinet privé
- A l'hôpital
- Dans un centre de soins spécialisé de l'alcoologie
- Au cours d'une visite à domicile

24. Qui a abordé le premier le problème d'alcool de votre conjoint ?

- Vous
- Un médecin

25. Si c'est vous qui avez abordé le problème en premier, qui vous avait décidé à consulter un médecin pour parler de ce problème ?

- Vous
- Un membre d'un mouvement d'anciens buveurs
- Quelqu'un d'autre (ami, membre de la famille, etc.)

26. Pourquoi avez-vous attendu ce moment précis pour en parler avec un médecin (plusieurs réponses possibles, vous pouvez détailler)

- Par honte
- Par peur de ce que ferait votre conjoint(e)
- Parce que c'était trop difficile d'en parler
- Parce que vous pensiez pouvoir vous débrouiller seul(e)
- Parce que vous vous sentiez coupable de ne pas pouvoir l'aider
- Parce que vous espériez que votre conjoint changerait
- Autre (précisez)

27. Avez-vous profité d'une consultation pour un autre motif pour évoquer ce problème ?

- Oui
- Non

28. Pour vous, au moment de cette consultation, pensiez-vous que votre conjoint était un « alcoolique » ?

- Oui
- Non

29. A ce moment-là, souhaitiez-vous que votre conjoint arrête complètement de boire de l'alcool ou diminue simplement sa consommation (qu'il boive comme « tout le monde ») ?

- Arrêt complet de toute consommation d'alcool
- Diminution de la consommation d'alcool

30. Au moment de cette première consultation, pensiez-vous avoir besoin d'aide pour vous ?

- Oui
- Non

31. Qu'attendiez-vous de cette consultation ?

a) pour votre conjoint (plusieurs réponses possibles)

- des conseils sur ce que vous pouviez faire pour aider votre conjoint
- une proposition de consultation pour votre conjoint
- un traitement médical pour votre conjoint
- une proposition de cure
- rien
- autre (précisez)

b) pour vous (plusieurs réponses possibles)

- des conseils pour que vous alliez mieux
- des médicaments
- un suivi en consultation (avec le même médecin ou un spécialiste)
- rien
- autre (précisez)

32. Que vous a dit le médecin ? (plusieurs réponses possibles)

- il a parlé de l'alcoolisme de votre conjoint
- il a parlé de vous, de vos sentiments et réactions face au problème d'alcool
- il a donné des explications, des conseils sur la maladie alcoolique
- autres (précisez)

33. Que vous a-t-il proposé à la fin de la consultation ?

a) pour vous (plusieurs réponses possibles)

- une nouvelle consultation avec lui
- une consultation avec un spécialiste (de quelle spécialité ?)
- un traitement médical
- une visite à une association d'anciens buveurs
- une consultation dans un centre d'alcoologie
- un suivi familial (conseiller conjugal, psychothérapie)
- rien
- autre (précisez)

b) pour votre conjoint (plusieurs réponses possibles)

- une consultation avec lui
- une consultation avec un spécialiste
- une cure ou hospitalisation
- un traitement médical
- une visite à une association d'anciens buveurs
- une consultation dans un centre d'alcoologie
- rien
- autre (précisez)

34. Après cette première consultation, quelle suite y a-t-il eu à votre demande de traitement ou d'une aide ? (plusieurs réponses possibles)

- consultation et suivi avec le même médecin pour vous
- consultation et suivi avec le même médecin pour votre conjoint
- suivi par un médecin (alcoologue, psychologue, etc.) conseillé par le premier médecin pour vous.
- suivi par un médecin (alcoologue, psychologue, etc.) conseillé par le premier médecin pour votre conjoint.
- Consultation en centre d'alcoologie pour vous.
- Consultation en centre d'alcoologie pour votre conjoint.
- Suivi dans une association d'anciens buveurs pour vous.
- Suivi dans une association d'anciens buveurs pour votre conjoint.
- Vous avez cherché par vous-même de l'aide autre part (médecin, association d'anciens buveurs, etc.).
- Vous n'avez jamais revu de médecin.
- Vous avez revu votre médecin sans évoquer le problème à nouveau.
- Il n'y a eu aucune suite.

35. Comment vous sentiez vous à la fin de la consultation ? (plusieurs réponses possibles)

- Rassuré(e)
- Écouté(e)
- Frustré(e)
- Culpabilisé(e)
- Découragé(e)
- Soulagé(e) d'avoir parlé
- Satisfait(e) des propositions du médecin
- Autre (précisez)

36. Quel est votre sentiment devant cette consultation ? A-t-elle été utile ? Avez-vous un sentiment négatif ou positif ?

Notez de 0 à 10 votre sentiment sur l'échelle ci dessous : 0 = sentiment très négatif, cette consultation n'a servi à rien et vous à découragé(e)

10 = sentiment très positif, vous allez continuer à consulter ce médecin pour vous et pour le problème d'alcool de votre conjoint.

0 _____ 10

Annexe 5 - Courrier à l'entourage du patient alcoolodépendant

Madame, Monsieur,

Vous recevez ce courrier car vous avez participé au *groupe entourage* du service de l'UTAMA.

Je prépare actuellement une thèse de doctorat en médecine générale. Je m'intéresse à toutes les personnes qui ont un proche présentant un problème avec l'alcool.

L'objectif de cette thèse est d'**identifier les attentes spécifiques de l'entourage vis-à-vis de leur médecin généraliste**. Peu d'études ont été réalisées permettant de mieux connaître l'attente des proches.

L'étude que je vais réaliser pourra nous permettre, par la suite, de proposer une aide adaptée à toute personne consultant son médecin généraliste pour des problèmes d'alcool dans son entourage.

Vous trouverez un questionnaire à remplir concernant cette prise en charge particulière. Ce questionnaire est **parfaitement anonyme** et soumis au **secret professionnel**. Vous pouvez le remplir tranquillement chez vous et me le renvoyer directement grâce à l'enveloppe timbrée ci-jointe.

Je suis à votre disposition si vous souhaitez avoir des informations complémentaires et plus tard, connaître les résultats de cette enquête. N'hésitez pas à m'envoyer un mail (entourage.creydellet@gmail.com) si vous avez des questions ou des préoccupations à partager.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à ma démarche et du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

Avec tous mes remerciements,

Charlotte REYDELLET
Interne des Hôpitaux de Paris
Faculté Paris Descartes

Annexe 6 - Réponses à la question 16

Répartition en différentes catégories des réponses de la question 16 du questionnaire à l'entourage : « Remarques et suggestions. »

Les différents thèmes abordés sont :

- **Manque de confiance sur la prise en charge de l'alcoolodépendance :**
 - « Les addictologues de quartiers ne sont pas efficaces. (...) Prise en charge à l'hôpital plus rigoureuse. »
 - « Je trouve que l'alcoolisme est mal pris en charge. Si le malade ne cherche pas à s'en sortir, aucun médecin ne lui parle jamais. »
 - « Les cures ne servent à rien. »
 - « (...) pas d'aide et de soutien »

- **Attente de l'entourage pour sa propre prise en charge :**
 - « Avant tout l'entourage attend du personnel médical des conseils pour accompagner le malade. Ce que l'on doit attendre, ce que l'on risque de vivre, de la déculpabilisation après un craquage. Quel rôle a la volonté chez le malade? »
 - « Une bienveillance toute particulière serait à prendre en compte pour les enfants. (...) Peut être penser à un espace de médiation pour la famille, proposer des actions d'ouverture, de lien, de partage. Soutenir le conjoint, lui laisser des numéros d'urgences quand il y a de la violence (...) par le patient alcoolodépendant. »
 - « Encadrement, écoute. »
 - « (...) Les médecins ont contacté l'entourage pour proposer un encadrement et des réunions familiales. Des entretiens avec le malade sont importants. »
 - « Maladie difficile à comprendre. Manque d'information. »
 - « Il serait souhaitable que les familles puissent rencontrer le médecin addictologue traitant pour informer et rassurer. »
 - « Comment aborder la question avec les enfants est un grand dilemme. »
 - « (...) Informer mon fils et le soutenir face à la maladie de sa mère. »
 - « Information sur l'état de santé, le parcours qui commence, le comportement à adopter. (...) Besoin de conseils pratiques à utiliser de suite. »

- **Attente de l'entourage pour la prise en charge des PAD :**
 - « Souhaitable : cure avec suivi hebdomadaire psychologue-addictologue. »
 - « (...) Suivi une fois l'abstinence "acquise" »
 - « (...) Avec un bon traitement, en lui faisant comprendre qu'il ne doit pas mélanger alcool et médicament »
 - « Il (addictologue) lui a prescrit du baclofène - excellent résultats - et également de l'acuponcture qu'il appréciait beaucoup. Les réunions alcooliques anonymes très importantes pour lui. Les résultats sont excellents. »

▪ **Apport des groupes de soutien, Al-Anon :**

« ALANON s'est avéré plus riche pour moi. » (par rapport aux équipes médicales addictologiques).

« Je suis sortie de ces réunions (réunions entourage proposées par l'UTAMA) absolument bouleversée par la détresse des familles. »

« Les participations aux groupes (de soutien pour PAD) ne change rien au contraire. Il dit qu'il y a pire que lui. »

« Les réunions alcooliques anonymes très importantes pour lui (le PAD) »

« (...) Il serait judicieux de personnaliser les groupes de paroles, en fonction des attentes de différents patients. En effet, il a constaté qu'un nombre conséquent de patients ne se retrouvent pas dans les échanges entre les différents patients. »

▪ **Rôle et vision du médecin généraliste :**

« Il serait bon que les médecins généralistes orientent les patients vers des établissements spécialisés et compétents. »

« Les généralistes sont démunis devant cette maladie. Ils ne connaissent pas les secteurs de prise en charge, encore moins l'existence des groupes de parole au sein des secteurs d'addictologie. »

« Je pense que les médecins généralistes ne sont pas assez armés, formés face à cette maladie. »

« Sans raison le généraliste ne pose pas ce genre de question. »

« La seule qui ma considérée est mon médecin de famille et, je crois, c'est surtout grâce à elle qu'aujourd'hui mon mari est en bonne santé. »

« Les généralistes d'aujourd'hui, même à l'écoute, ne sont plus proches et disponibles comme des médecins de famille d'autrefois. Pour aborder ce genre de problème il faut un rapport de confiance qu'il est plus difficile d'établir aujourd'hui. »

« Ces médecins généralistes (de campagnes) débordés ne peuvent disposer de temps. Donc mission impossible. »

« Il a une relation de confiance avec son médecin généraliste mais je trouve que ce dernier n'a pas une connaissance suffisante des mécanismes psychologiques du patient alcoolique. »

« (...) certains médecins généralistes ont la compétence d'aider ou d'orienter. »

▪ **Déni du PAD :**

« Il est difficile de faire accepter l'alcoolisme à celui que l'on aime. »

« Il est toujours extrêmement difficile de convaincre la personne en souffrance avec l'alcool de faire les premières démarches afin de se faire soigner. »

« Le gros problème c'est d'arriver à faire prendre conscience à la personne alcoolique qu'elle a besoin d'aide. »

▪ **Retentissement sur le proche :**

« Fort sentiment d'impuissance. »

« Nous (père - mère - 2 frères) nous sentons démunis, seuls. Alcoolisme est une souffrance pour le buveur, mais aussi pour toute la famille. »

« Je me suis souvent sentie désarmée et seule avec le problème d'addiction de mon mari. »

« Alcool et violences conjugales sont souvent liés. »

Annexe 7 - Questionnaire Quantité/Fréquence

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- (0) Jamais
- (1) Une fois par mois ou moins
- (2) Deux à quatre fois par mois
- (3) Deux à trois fois par semaine
- (4) Quatre fois ou plus par semaine

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

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

L'interprétation du score :

Les deux réponses associées permettent d'estimer la consommation déclarée et de la situer en dessous ou au-dessus du seuil estimé à faible risque :

- 14 verres standard par semaine pour une femme
- 21 verres standard par semaine pour un homme
- 4 verres standard par occasion

Annexe 8 - Questionnaire FACE

1. **À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?**
 - (0) Jamais
 - (1) 1 fois par mois ou moins
 - (2) 2 à 4 fois par mois
 - (3) 2 à 3 fois par semaine
 - (4) Au moins 4 fois par semaine

2. **Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**
 - (0) 1 ou 2
 - (1) 3 ou 4
 - (2) 5 ou 6
 - (3) 7 à 9
 - (4) 10 ou plus

3. **Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?**
 - (0) Non
 - (1) Oui

4. **Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?**
 - (0) Non
 - (1) Oui

5. **Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?**
 - (0) Non
 - (1) Oui

Calcul du score =

L'interprétation du score total se fait en fonction de la somme des points obtenus aux 5 questions.

	Score pour les hommes	Score pour les femmes
Risque faible	0 à 4	0 à 3
Risque élevé	5 à 8	4 à 8
Dépendance probable	8 ou plus	8 ou plus

Annexe 9 - Questionnaire AUDIT

- 1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?**
 - (0) Jamais
 - (1) 1 fois par mois ou moins
 - (2) 2 à 4 fois par mois
 - (3) 2 à 3 fois par semaine
 - (4) Au moins 4 fois par semaine

- 2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**
 - (0) 1 ou 2
 - (1) 3 ou 4
 - (2) 5 ou 6
 - (3) 7 à 9
 - (4) 10 ou plus

- 3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?**
 - (0) Jamais
 - (1) Moins d'1 fois par mois
 - (2) 1 fois par mois
 - (3) 1 fois par semaine
 - (4) Tous les jours ou presque

- 4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?**
 - (0) Jamais
 - (1) Moins d'1 fois par mois
 - (2) 1 fois par mois
 - (3) 1 fois par semaine
 - (4) Tous les jours ou presque

- 5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?**
 - (0) Jamais
 - (1) Moins d'1 fois par mois
 - (2) 1 fois par mois
 - (3) 1 fois par semaine
 - (4) Tous les jours ou presque

- 6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?**
- (0) Jamais
 - (1) Moins d'1 fois par mois
 - (2) 1 fois par mois
 - (3) 1 fois par semaine
 - (4) Tous les jours ou presque
- 7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?**
- (0) Jamais
 - (1) Moins d'1 fois par mois
 - (2) 1 fois par mois
 - (3) 1 fois par semaine
 - (4) Tous les jours ou presque
- 8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?**
- (0) Jamais
 - (1) Moins d'1 fois par mois
 - (2) 1 fois par mois
 - (3) 1 fois par semaine
 - (4) Tous les jours ou presque
- 9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?**
- (0) Non
 - (2) Oui, mais pas au cours de l'année écoulée
 - (4) Oui, au cours de l'année
- 10. Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?**
- (0) Non
 - (2) Oui, mais pas au cours de l'année écoulée
 - (4) Oui, au cours de l'année

Calcul du score total :

L'interprétation du score total se fait en fonction de la somme des points obtenus aux 10 questions.

	Score pour les hommes	Score pour les femmes
Conso. à risque	5 à 7	5 à 6
Usage nocif	8 à 11	7 à 10
Dépendance probable	12 ou plus	11 ou plus

Titre : Prise en charge par le médecin généraliste de l'entourage du patient alcoolodépendant : évaluation des attentes de l'entourage.

RESUME

Introduction : Si la souffrance de l'entourage (EPA) des patients alcoolodépendants (PAD) est identifiée, peu d'études se sont intéressées à la prise en charge spécifique de l'EPA ni à ses attentes vis-à-vis de la médecine générale. Pour mieux renseigner l'interaction possible entre EPA et MG, nous avons interrogé directement l'EPA.

Méthode : Le recueil des données de cette étude transversale, descriptive et quantitative, s'est effectué à l'aide d'un auto-questionnaire adressé aux proches. Nous avons envoyé 83 questionnaires à l'EPA ayant participé au groupe « entourage » du service d'addictologie de l'hôpital Beaujon à Clichy de 2012 à 2014.

Résultats : Parmi les 46 répondants, la grande majorité des personnes a confirmé la nécessité d'une aide spécifique pour elles-mêmes. Ils sont à la recherche avant tout d'une écoute et d'un soutien, mais aussi de conseils pour aider le PAD et des informations sur la maladie. Le MG est considéré comme le médecin de premier recours concernant le problème alcool (36% des répondants). L'EPA lui accorde un bon niveau de confiance et 2/3 des répondants souhaitent qu'il l'interroge sur l'existence d'un problème d'alcool dans l'entourage. La moitié de nos répondants souhaitent aider le PAD.

Conclusion: Notre étude tend à légitimer la place du MG dans la trajectoire d'aide et d'accompagnement de l'EPA. Nos résultats confirment l'importance de l'écoute et du soutien dans cette relation d'aide et la nécessité de disposer d'informations sur la spécificité des troubles présentés par l'EPA. S'intéresser à ces troubles souligne l'importance de proposer au sein du réseau de soins en addictologie, des dispositifs dédiés à l'EPA.

Mots-clés : Alcoolisme, Famille, Conjoint, Médecine générale, Dépistage

Title: Medical care of people in relation with alcoholic patients by general practitioner: evaluation of their expectation.

ABSTRACT

Introduction: Despite we identify the pain of People in Relation with Alcoholic Patients (PRAP), few research studies focus on the specific medical care of PRAP or their expectation concerning general practice. In order to inform about possible interaction between PRAP and general practitioner (GP), we questioned the PRAP directly.

Method: The data collection of this interdisciplinary, descriptive and quantitative study was performed using a self-assessment questionnaire addressed to the 83 PRAP. We targeted those who participated in the "entourage" group of the alcoholic department of Beaujon hospital, Clichy, from 2012 to 2014.

Results: Among the 46 answers, a large majority confirmed the necessity of specific help for themselves. They are looking for, first, attentiveness and support, then, advice to help alcoholic, and finally, information about the disease. GP is considered as the primary care provider regarding alcohol disease (36 % of answers). PRAP gave them a great level of confidence and 2/3 wished they asked about the existence of an alcohol issue in their relatives. Half of the answers would like to help the alcoholic patient in relation with.

Conclusion: Our study aims at justifying the role of the GP in the medical care and support strategy of the PRAP. Our results confirm the weight of attentiveness and support in this help relation and the need of having information about specific PRAP disorders. Being concerned about those disorders highlights the importance of dedicate proposal for relatives inside alcoholic care network.

Keyword: Alcoholism, Family member, Spouses, General practice, Screenings