



HAL
open science

Co-addictions chez les patients suivis en médecine générale pour un mésusage d'alcool : une étude qualitative de leur problématique polyaddictive

Lise Ruterana

► **To cite this version:**

Lise Ruterana. Co-addictions chez les patients suivis en médecine générale pour un mésusage d'alcool : une étude qualitative de leur problématique polyaddictive. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01755477

HAL Id: dumas-01755477

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755477v1>

Submitted on 6 Jun 2018

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.

N° d'ordre :

ANNÉE 2016



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Lise Ruterana

Née le 11 janvier 1988 à Evian-les-bains

Co-addictions chez les patients suivis en médecine générale pour un mésusage d'alcool : une étude qualitative de leur problématique polyaddictive.

Thèse soutenue à Rennes le 16 décembre 2016

devant le jury composé de :

Romain Moirand

Professeur, CHU de Rennes / *Président*

Eric Mener

Professeur associé de médecine générale, Université de Rennes / *Juge*

Gabriel Robert

Maitre de conférences, CHU de Rennes / *Juge*

Frédéric Beuneux

Médecin généraliste, Vern-sur-Seiche / *Directeur de thèse*

N° d'ordre :

ANNÉE 2016



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Lise Ruterana

Née le 11 janvier 1988 à Evian-les-bains

Co-addictions chez les patients suivis en médecine générale pour un mésusage d'alcool : une étude qualitative de leur problématique polyaddictive.

**Thèse soutenue à Rennes
le 16 décembre 2016**

devant le jury composé de :

Romain Moirand

Professeur, CHU de Rennes / *Président*

Eric Mener

Professeur associé de médecine générale,
Université de Rennes / *Juge*

Gabriel Robert

Maitre de conférences, CHU de Rennes /
Juge

Frédéric Beuneux

Médecin généraliste, Vern sur Seiche /
Directeur de thèse

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGET Patrick Professeur des Universités en surnombre	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DARNAULT Pierre	Anatomie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, A mi temps	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités émérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick Professeur des universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain Professeur des universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric Professeur des universités de MG	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOUX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier Professeur des universités de MG	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et rhumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise Professeur associé des universités de MG	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel Maitre de conférence associé de MG	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAULT	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale et clinique ; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric Maitre de conférence associé de médecine générale	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
THEAUDIN Marie Epouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agatha	Philosophie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Romain Moirand. Vous me faites l'honneur de présider ce jury après m'avoir enseigné l'addictologie. Merci de l'attention que vous avez portée à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mon respect et de ma reconnaissance pour vos enseignements universitaires.

A Monsieur le Professeur Eric Mener. Vous me faites l'honneur de lire et critiquer mon travail après m'avoir accompagnée lors des prémices de sa réalisation. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Gabriel Robert. Vous me faites l'honneur de juger mon travail et de vous rendre disponible pour participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de mes remerciements et de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Frédéric Beuneux. Merci pour votre soutien tout au long de la réalisation de ce travail et ainsi que pour votre attachement à l'enseignement en tant que maître de stage.

Aux médecins qui ont recruté les patients. Merci pour votre aide précieuse et pour le temps que vous m'avez consacré.

Aux patients qui ont participé à l'étude. Vos réponses riches d'enseignements et votre enthousiasme pour la recherche m'ont beaucoup appris.

A mes maîtres de stage praticien et SASPAS. Vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale. Votre humanisme et la relation privilégiée que vous entretenez avec vos patients ont confirmé mon choix pour ce métier passionnant.

A Séverine, Mathilde, Benjamin, Noémie, Blandine et Kévin. Mille mercis pour vos multiples relectures, vos critiques, vos encouragements et votre bonne humeur. Sans vous, cette thèse aurait été bien difficile à réaliser.

A mes parents et à mes frères. Merci pour votre soutien sans faille. Voilà, une page se tourne, Paul je te passe le flambeau.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	11
ABSTRACT.....	12
ABREVIATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	14
METHODE.....	16
RESULTATS.....	17
1. Description de la population.....	17
2. Des causes similaires pour chacune des addictions.....	18
2.1. L'influence de l'environnement	
2.2. Soulager un mal-être	
3. Des interactions spécifiques pour chaque patient entre leurs addictions.....	19
3.1. Des liens entre les différentes consommations	
3.2. Un transfert de dépendance non systématique	
4. Une progression motivationnelle indépendante pour chaque addiction	21
4.1. Une prise de conscience multifactorielle	
4.2. Une hiérarchisation des addictions selon l'impact psycho-social perçu	
5. Un patient acteur central des soins.....	23
5.1. Une motivation intrinsèque indispensable	
5.2. Une recherche de soins personnalisés	
5.3. Importance de la relation patient-soignant	
6. Conséquences pour un accompagnement global de leur polyaddiction.....	26
6.1. Une évaluation addictologique initiale bien perçue	
6.2. Un rejet des sevrages multiples	
6.3. Attentes des patients concernant le suivi global notamment par leur médecin traitant	
DISCUSSION.....	29
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	33
ANNEXES	35
Annexe 1: Définitions.....	35
Annexe 2: Le cycle de Prochaska.....	37
Annexe 3: Déroulement des entretiens.....	38
Annexe 4: Extraits d'entretiens.....	41

Résumé

Introduction: Le mésusage d'alcool est fréquemment accompagné d'addictions à d'autres substances psychoactives et/ou d'addictions comportementales. L'objectif de cette étude est d'explorer les liens entre les différentes addictions et les possibilités d'accompagnement global, du point de vue de patients suivis en médecine générale.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs. Les critères d'inclusion étaient la présence d'un mésusage d'alcool associé à une ou plusieurs autres addictions.

Résultats : Douze patients ont participé à cette étude. Ils utilisaient leurs addictions pour soulager un mal-être ou gérer les difficultés de leur vie quotidienne. Les liens entre leurs addictions étaient différents pour chaque patient avec de fréquentes associations comportementales et des phénomènes de renforcement positif et négatif. Les sujets établissaient une hiérarchisation de leurs conduites addictives qui aboutissait souvent à une priorisation des soins. Le fait de rechercher des co-addictions en consultation était bien vécu. Les sevrages multiples étaient souvent refusés en raison de stades motivationnels différents pour chaque addiction.

Conclusion : Un travail motivationnel spécifique pour chaque addiction ainsi que l'aide à la résolution des causes psycho-sociales pourraient permettre un accompagnement efficace chez ces patients polyaddicts.

Mots-clés : Alcoolisme, Comportements addictifs, Médecine générale, Etude qualitative

Abstract

Introduction: Alcoholism is often accompanied by addictions to other psychoactive substances and/or behavioral addictions. The aim of the work is to explore the links between the various addictions and the possibilities of overall medical support, from the point of view of the patients followed by general practitioners.

Method: A qualitative study was carried out on the basis of individual semi-directive interviews. The inclusion criteria were the presence of alcoholism associated with one or more others addictions.

Results: Twelve patients participated in the research. They use their addictions to relieve a discomfort or manage the difficulties of daily life. The links between their dependencies were different for each patient with frequent behavioral associations and phenomena of positive and negative reinforcement. The patients were found to establish a hierarchy in their addictive behaviors that often leads to prioritization of care. The search for other addictions in consultation was accepted and even desired. Integrated treatments are often refused because of the different motivational stages of each addiction.

Conclusion: Specific long-term motivational interviewing for each addiction as well as help in the resolution of psychological and social causes can allow an effective medical support to these patients.

Key-words: Alcoholism, Addictive behaviors, General practice, Qualitative study

Abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : centre médico-psychologique

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en addictologie

Dx : Médecin traitant du patient ayant participé à l'entretien numéro « x »

L : Enquêtrice

Px : Patient ayant participé à l'entretien numéro « x »

SPA : Substances psycho-actives

TSO : Traitements de substitution aux opiacés

Introduction

Selon la Société Française d'Alcoologie, le mésusage d'alcool regroupe l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance [1] (cf annexe 1). Avec 49000 morts par an en France en 2009, soit 9% des décès, le mésusage d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac [2].

Des addictions à d'autres substances psycho-actives (SPA) (tabac, médicaments psychotropes, cannabis, cocaïne, héroïne ou autres produits illicites) ou addictions comportementales (jeu pathologique, addictions au sport, au sexe, au travail, anorexie, boulimie...) accompagnent souvent le mésusage d'alcool. La proportion de patients fumeurs parmi les alcoolo-dépendants varie de 66 à 90% selon les études [3] [4], 8% pour les substances illicites, 5% pour les médicaments psychotropes hors prescription [5] et 28% pour les addictions comportementales [6]. L'association de plusieurs conduites addictives peut majorer les conséquences médico-psycho-sociales par rapport au mésusage d'alcool isolé [7]. La mortalité chez les alcoolo-dépendants fumeurs est plus souvent liée au tabac qu'à l'alcool [8].

Environ 18% des patients qui consultent un médecin généraliste auraient un problème d'alcool [9]. Les médecins généralistes sont donc en première ligne dans le dépistage précoce et l'évaluation initiale du mésusage, notamment dans la recherche de comorbidités addictologiques [1]. Pourtant des freins sont fréquemment retrouvés concernant le repérage des addictions. Dans sa thèse, M. Rébillard montre que certains médecins généralistes répugnent au dépistage du mésusage d'alcool en raison d'une crainte d'ingérence, d'atteinte à la sphère privée ou du libre arbitre. Il met également en évidence un sentiment d'impuissance, de fatalisme concernant la prise en charge de l'alcoolisme [10]. Dans une étude du repérage des conduites addictives, deux tiers des médecins généralistes déclaraient aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient. Le repérage se faisait de manière moins systématique pour l'alcool (23 %), et surtout pour le cannabis (8 %), où 70 % des généralistes déclarent ne l'aborder que pour certains patients jugés « à risque ». Quel que soit le produit, le repérage systématique se révèle très lié au fait d'appartenir à un réseau d'addictologie [11].

La société française d'alcoologie recommande de proposer aux patients ayant plusieurs addictions un sevrage multiple [1]. L'arrêt du tabac au cours du sevrage en alcool est associé à un plus faible taux de rechute en alcool [12] [13]. Pourtant peu de patients souhaitent s'engager dans un double sevrage : dans sa thèse V. Suau [14] retrouve une proportion de seulement 20% des patients hospitalisés pour un sevrage alcool motivés pour

l'arrêt du tabac. Les freins à l'arrêt du tabac chez ces patients étaient l'anticipation des symptômes de sevrage en nicotine et la crainte de compromettre leur abstinence en alcool [15]. Un manque de confiance du patient dans sa capacité à arrêter de fumer, par rapport à sa capacité d'arrêter de boire, est également mis en évidence [16].

Les interactions entre l'usage d'alcool et de tabac ont fait l'objet d'études pour la plupart quantitatives qui retrouvaient une forte association entre les consommations de ces deux produits [17]. La consommation d'autres SPA et certaines activités peuvent aussi avoir un rôle de compensation chez les alcooliques abstinents, voire participer à une stratégie d'adaptation [18].

L'objectif de l'étude est d'explorer les relations entre différentes addictions et les attentes de soin global de patients suivis en médecine générale pour un mésusage d'alcool associé à des co-addictions.

Méthodes

Une étude qualitative par entretiens individuels a été conduite de novembre 2015 à juillet 2016 auprès d'un échantillon de patients du Morbihan, des Côtes d'Armor et d'Ille et Vilaine. La méthode de recherche qualitative a été choisie car elle permet d'explorer la complexité de certains problèmes de santé dans leur environnement naturel tels que les addictions et ainsi mieux comprendre l'implication des patients pour les soins proposés [19]. Les entretiens individuels ont été préférés aux focus groupe afin de favoriser une meilleure liberté de parole sur le sujet intime du vécu des addictions.

Les critères d'inclusion étaient la présence d'un mésusage d'alcool selon la définition de la Société Française d'Alcoologie, associé à une ou plusieurs autres addictions avec ou sans produits selon la définition de Goodman. Ces addictions pouvaient être sevrées ou non. Les sujets ont été recrutés dans des cabinets de médecine générale afin de se rapprocher le plus possible des patients habituellement rencontrés en soins primaires. La variation maximale a été recherchée selon l'âge, le genre, le type de mésusage et de co-addictions, la présence ou non d'un suivi spécialisé.

Les patients ont été recrutés par leur médecin traitant ou le remplaçant de celui-ci qui leur a expliqué brièvement le sujet de l'étude. Les cinq médecins recruteurs faisaient partie de l'entourage professionnel de l'enquêtrice, médecin généraliste remplaçante. Ils n'avaient pas d'activité addictologique spécifique en dehors de la prescription de Baclofène® pour deux d'entre eux. Les coordonnées des patients volontaires étaient communiquées à l'enquêtrice, qui les contactait par téléphone pour convenir d'un entretien. Le lieu était laissé au choix du patient. La moitié s'est déroulée au cabinet médical du médecin traitant et l'autre moitié au domicile du patient.

Le projet de recherche a été soumis au Comité d'éthique du CHU de Rennes qui a donné son accord. Les participants étaient tous âgés de plus de 18 ans et volontaires pour participer à l'étude. Ils ont signé un consentement écrit après explications des caractéristiques et des aspects éthiques du projet.

Les entretiens ont été conduits par l'enquêtrice à partir d'un guide (cf annexe 3) établi grâce aux données de la littérature et à deux entretiens exploratoires réalisés auprès de médecins addictologues (un exerçant au CHU et un en CSAPA). Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone, intégralement retranscrits via le logiciel Word® et anonymisés. Une analyse thématique de contenu des entretiens a été effectuée par l'enquêtrice ainsi que pour trois d'entre eux par un autre chercheur également médecin généraliste remplaçant.

Résultats

1. Description de la population

Douze patients ont été inclus dans l'étude. Leurs caractéristiques sont reportées dans le tableau 1. La suffisance des données a été obtenue après dix entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer ces résultats.

La moyenne d'âge était de 43 ans. La majorité des patients interrogés étaient actuellement en mésusage d'alcool. La co-addiction principale était le tabac (12/12), suivie du cannabis (7/12), de l'héroïne (2/12). Trois patients avaient des addictions comportementales.

Tableau 1

Patient	Sexe	Classe d'âge	Catégorie socio-professionnelle	Type de mésusage alcool	Co-addictions	Soins spécialisés	Durée de l'entretien
P1	M	30-34	Ouvrier	Usage à risque (abstinent depuis 2 mois)	Tabac, Cannabis (sevré)	Non	50 min
P2	M	50-54	Ouvrier	Dépendance (abstinent depuis 6ans)	Tabac, Cannabis, Héroïne (sevré, sous TSO)	Oui (sevrage alcool hospitalier)	33 min
P3	F	40-44	Cadre	Usage nocif (abstinent depuis 3 semaines)	Tabac	Oui (sevrage alcool hospitalier, suivi ambulatoire)	38min
P4	M	45-49	Cadre	Usage à risque (modération)	Tabac	Non	23min
P5	M	25-29	Ouvrier	Dépendance	Tabac, Cannabis (sevré)	Oui (sevrage hospitalier)	21 min
P6	M	30-34	Employé	Usage à risque	Tabac	Oui (suivi ambulatoire)	47min
P7	M	55-59	Ouvrier	Usage nocif	Tabac (sevré), Jeu pathologique	Non	43min
P8	M	40-44	Profession intermédiaire	Dépendance	Tabac, Cannabis, Jeu pathologique, Achats compulsifs	Oui (CSAPA)	37min
P9	M	50-54	Profession intermédiaire	Usage nocif	Tabac, Addiction à internet	Oui (CSAPA, sevrage hospitalier)	1h29min
P10	M	45-49	Ouvrier	Usage à risque	Tabac, Cannabis, Héroïne (sevré, sous TSO)	Non	47min
P11	M	50-54	Ouvrier	Usage nocif	Tabac	Non	1h05min
P12	F	40-44	Profession intermédiaire	Usage à risque	Tabac, Cannabis	Non	39min

2. Des causes similaires pour chacune des addictions

2.1. L'influence de l'environnement

Les patients justifiaient l'apparition des différentes addictions par l'omniprésence des produits. Cela débutait dès l'enfance, avec la vision de la consommation familiale puis continuait avec la volonté d'intégration à un groupe de pairs dans les milieux scolaire, amical et parfois professionnel.

P10 « *Le tabac par exemple j'ai commencé... 14-15ans. C'était lié à mon entourage, faire comme les autres. Tous les grands ils fumaient, tout le monde*»

P7 « *Un des chefs, il me tape sur l'épaule, il dit tu veux rentrer chez nous, tu bois de l'Orangina®, tu débutes très mal ta carrière mon bonhomme !*»

Des normes de consommations de SPA ou de comportements potentiellement addictifs se construisaient de manière différente selon le milieu et l'histoire personnelle de chaque patient.

P1 concernant la consommation de cannabis avec sa petite amie « *Oh bah c'était... c'était normal quoi... Chaque fois qu'il y avait un truc à regarder à la télé c'était normal quoi...* »

P8 « *On est très cartes dans la famille. J'ai découvert le poker en famille et après je m'y suis mis sur internet...*»

Certaines périodes étaient plus à risque d'augmentation des consommations notamment l'adolescence, où la poly-expérimentation est valorisée, et le début de l'autonomie financière.

P8 « *J'étais salarié, j'étais célibataire, j'avais mon appartement, beaucoup de copains... Donc c'était la fête tout le temps quoi. Et donc avec consommation d'alcool, cannabis et tout ça.* »

Tandis que des bouleversements dans leur vie pouvaient être moteurs de changement.

P1 concernant le cannabis « *Et du jour au lendemain qu'on a voulu avoir un enfant aussi derrière, chacun grandit... Bon bah stop, quoi. On a été jeune, voilà ! C'était bien, c'était cool, c'était... mais maintenant c'est fini et puis voilà, quoi. C'est... faut aussi rester réel, faut... Je veux dire c'est pas un jeu vidéo.* »

2.2. Soulager un mal-être

L'utilisation de ces produits dans un but psychotrope était souvent identifiée par les patients. Ils espéraient ainsi soulager un mal-être parfois ancien et gérer leurs difficultés quotidiennes (conjugales, professionnelles, ennui).

P3 « On peut toujours trouver tous les prétextes du monde encore une fois [l'alcool] c'est un anxiolytique. Donc à partir du moment où on trouve quelque chose qui quelque part au départ soulage. Voilà. Donc on peut s'engouffrer dedans comme on peut ne pas s'engouffrer. »

P12 « Il m'a jeté comme une merde, ses enfants avec. Donc ça a été un choc émotionnel énorme. Ce qui fait que même au bout d'un an j'y pense tous les soirs quoi, tellement j'ai la rage et je me dis « putain ! »... Mais je vais m'en sortir quand même [...] Et du coup boire de l'alcool et fumer ça me rend plus forte. »

Certains patients utilisaient consciemment les SPA en remplacement d'un éventuel traitement médicamenteux psychotrope. Ils pensaient avoir besoin de ce type de traitement mais s'en méfiaient.

P6 « [L'alcool] je l'ai utilisé comme un médicament. Voilà, pour pas avoir d'anxiolytiques, pour pas avoir toutes ces merdes. »

P10 « Ma mère elle est cachetonnée au Valium®, au Prozac®, au.... J'en connais plein dans ma famille, des gens qui sont dépressifs, bipolaires, je pense que j'en fais partie. Mais je le gère autrement donc... Je préfère être heureux et... Et puis oui des fois je m'énerve c'est dur pour mon entourage. C'est vraiment y'a des hauts et des bas.... Et si y'avait pas ces produits-là... Ca serait ingérable. [...] Je préfère m'endormir avec un joint que... voilà du Valium® ou du Temesta® ou du Lexomil®.»

L'effet psychotrope était recherché dans toutes les SPA, y compris le tabac quoiqu'à un niveau moins marqué. Dans notre échantillon, les addictions comportementales n'étaient apparemment pas utilisées dans ce but.

3. Des interactions spécifiques pour chaque patient entre leurs addictions

3.1. Des liens entre les différentes consommations

Chaque patient avait des habitudes de consommation spécifiques. Certains patients jugeaient leurs différentes conduites addictives plutôt indépendantes.

P6 « Le seul truc c'est que voilà j'aime bien fumer et puis j'aime bien boire... »

La majorité observait des liens entre leurs différentes consommations. Certains patients décrivaient de fortes associations entre leur consommation d'alcool et de tabac (P1, P4, P5, P9) ou d'alcool et cannabis (P12) ou de tabac et de cannabis (P10). Ces liens étaient différents pour chaque patient, ainsi qu'entre chaque produit chez le même patient. Ces

associations étaient comportementales et/ou utilisées pour potentialiser les effets de chaque SPA.

P4 « *En même temps que le vin, les deux font la paire. Verre apéritif, cigarette. Pas verre apéritif, pas cigarette.* »

P12 « *Le soir dès que je commence à prendre mon premier verre, il me faut mon petit joint en même temps. Quand je commence l'un faut que je fasse l'autre. Je m'étourdis plus. Je suis tout de suite plus soûle puisque forcément les deux ensemble...* »

Les patients décrivaient également des phénomènes de renforcement positifs entre certaines de leurs consommations.

P5 « *C'est plus par rapport à l'alcool qui me... qui me donne envie de fumer [du tabac]* »

P9 concernant son addiction à internet « *Il va falloir que je la corrige parce que je pense que c'est elle aussi qui me fait boire.* » et celle à la nicotine « *Le tabac c'est en fonction de l'alcool. Si je ne bois pas, je ne fume pas. Je n'ai pas envie de fumer.* »

3.2. Un transfert de dépendance non systématique

Lors du sevrage en alcool, certains patients avaient tendance à vouloir retrouver une sensation de plaisir ou de soulagement de leur mal-être en majorant un autre produit.

P4 « *Je fume un peu plus. J'essaye de trouver peut-être un semblant de plaisir ... que je n'ai plus... sur l'alcool. Au lieu de prendre un verre d'alcool bah je vais fumer une cigarette dehors.* »

Pour P10 qui avait déjà expérimenté le phénomène de transfert de dépendance, le risque de compensation était un frein au sevrage en buprenorphine « *Je me souviens que quand j'arrêtais la méthadone, ou Subutex® ou voilà, je buvais des caravanes [d'alcool] ça faisait un autre appel d'air. Ou alors je me tournais vers la cocaïne, ou vers les ecstasy ou j'étais ouvert à toutes propositions. [...] On n'appelle pas ça des addictions pour rien. On s'en sort pas comme ça, ou on en chope une autre... il faut faire très attention.*»

Mais la majorité des patients interrogés compensait plutôt l'arrêt de l'alcool en majorant leurs activités quotidiennes notamment de loisirs.

P1 « *Maintenant je ne bois plus mais par contre il faut que je fasse du VTT.* »

P9 « *Chaque fois que j'arrête l'alcool et le tabac, il faut que je sois actif ! Je vais nettoyer un peu plus la maison, je vais m'occuper plus du chien ou du vieux cheval que j'ai là. Je vais faire plus de choses.*»

Enfin, lors du sevrage en alcool certains patients avaient même noté une diminution spontanée de leurs autres addictions, ce qui constitue un lien de renforcement négatif.

P1 « *Depuis que j'ai arrêté de boire, je fume moins. Et c'est vrai que l'alcool apporte la cigarette derrière.* »

4. Une progression motivationnelle indépendante pour chaque addiction

4.1. Une prise de conscience multifactorielle

La prise de conscience de la gravité de l'addiction était multifactorielle : remarques de l'entourage, vision de personnes dans leur entourage ayant de graves conséquences de leurs addictions, quantité objective consommée.

P1 « *J'ai [une personne de son entourage] qui a plongé euh... Par rapport à l'alcool qui a entraîné d'autres choses. Il a 60 ans, si on lui donne un mois c'est beau quoi... Donc derrière faut aussi cogiter quoi. Je veux voir mes gamins grandir quoi...* »

P8 « *J'étais à peu près à une bouteille de whisky et un pack de bières sur une journée et c'est là-dessus aussi qu'on s'aperçoit qu'il commence à y avoir des problèmes, au niveau des quantités quand on s'aperçoit qu'on est obligé d'aller au supermarché quasiment tous les jours...* »

Les conséquences psychologiques étaient placées au premier plan de la motivation pour débiter les soins en raison de l'impact sur tous les domaines de la vie du patient notamment familial et professionnel. Ils redoutaient une désociabilisation. Les patients de l'étude n'avaient pas identifié que le cannabis pouvait avoir un impact psychologique significatif.

P3 « *Au boulot, je n'avais plus la niaque.* »

P4 « *J'ai failli perdre ma femme. Donc terrible. Terrible, terrible.* »

P10 « *Le principal problème c'est l'héroïne. Après l'alcool... c'est un moindre problème dans le sens où je le vois ça a toujours été autour de moi, que ce soit mon oncle ou d'autres [...]. Voilà la différence. La désociabilisation. Je pense que l'alcool et même la cigarette et le cannabis c'est pareil ça fait partie de la vie sociale. Après les autres...les drogues dures désociabilisent, te tournent vers toi-même etc et ce n'est pas bon !* »

Les conséquences somatiques inquiétaient les patients mais étaient, pour la majorité d'entre eux, reléguées au second plan.

P3 « *Avec le tabac on est complètement lucide. On s'autodétruit mais... voilà ça reste limité à l'individu et pas euh voilà à tout l'impact familial, professionnel ou autre.* »

P12 « *C'est ma santé qui en prend un coup mais sinon... ça me pose pas de problème de fumer du tabac et du bédot. »*

Le sentiment de maîtrise du produit encourageait la poursuite de certaines consommations en raison d'un rapport bénéfices-risques jugé plus favorable. Le tabac et le cannabis étaient souvent jugés peu problématiques par les patients. Ils revendiquaient le fait de vouloir garder au moins une addiction, comme si cela faisait partie de leur identité.

P2 « *J'ai jamais eu l'impression que en fait que j'étais pris du cannabis. Non, ça n'a jamais été une addiction, je pense pas. »* et concernant la possibilité d'arrêt du tabac « *De là à ce que j'arrête tout... autant me mettre une balle aussi (en riant). C'est pas... Non la cigarette j'aime bien quoi. »*

P8 « *J'ai beaucoup vu aussi par rapport à mon entourage, beaucoup ma femme et tout ça, l'alcool c'était vraiment dérangeant sur le quotidien, le cannabis ne l'est pas du tout. C'est quelque chose que je maîtrise donc tant que je le maîtrise je le garde. »*

P10 « *Moi je pense que la dernière addiction que je garderais c'est celle là [le cannabis]. »*

Certains sevrages étaient perçus plus difficiles surtout quand la dépendance physique était forte. La vision de la société vis-à-vis de tel ou tel produits était également prise en compte.

P2 « *J'aime bien, j'aime bien ma cigarette... C'est pas reconnu pareil non plus quoi [en comparaison avec l'alcool et de l'héroïne]».*

4.2. Une hiérarchisation des addictions selon l'impact psycho-social perçu

La prise de conscience par le patient de la nécessité de soins pour chaque addiction apparaissait donc indépendante pour chaque SPA ou addiction comportementale. Elle s'intégrait dans un processus d'évolution motivationnel long, jalonné de moments clefs où un état des lieux était réalisé, qui permettait la comparaison des bénéfices et des inconvénients.

P2 « *Arrivé un moment... faut savoir où qu'on en est. Ou alors on va dans le fond ou... D'ailleurs j'étais bien dans le fond avec l'alcool quoi hein. Pour déjeuner au whisky c'est que... dans ma tête je me suis dit faut arrêter là quoi... »*

P6 « *[La cigarette] ça me jaunit les dents, ça me coûte du fric, ça gêne les autres, puis ça m'apporte plus rien quoi ! D'où j'ai voulu avoir un traitement pour pouvoir arrêter. »*

Une hiérarchisation de chaque addiction, déterminée par la gravité de la situation perçue par le patient s'opérait. La plupart d'entre eux envisageait alors les soins étape par étape en privilégiant l'addiction jugée la plus problématique.

P12 « *J'aimerais arrêter l'alcool et puis après, pfff, si je continue à fumer un petit joint le soir c'est pas... Enfin je pense pas que ce soit très dangereux quoi. A la rigueur je préférerais*

arrêter le tabac complètement. Et continuer à fumer un petit pétard le soir pour être détendue et puis avant de dormir quoi c'est tout. »

P3 « J'ai essayé d'arrêter [le tabac] mais clairement je lui ai dit je ne peux pas affronter de front les deux problématiques. Donc je priorise l'une [l'alcool]. Mais par contre c'est vrai que j'envisage toujours d'arrêter [le tabac] ».

L'entourage et parfois les soignants encourageaient le patient dans cette démarche.

L'épouse de P5 « La cigarette après voilà tu avais repris, je t'en avais jamais reparlé en 7ans, je t'ai jamais reparlé d'arrêter la cigarette. »

P8 «Toujours un peu de consommation de cannabis mais beaucoup modéré quoi. C'était même vu avec les médecins de là-bas et tout comme c'était pas une consommation pathologique, ils ne s'en sont pas plus inquiétés que ça. »

5. Un patient acteur central des soins

5.1. Une motivation intrinsèque indispensable

Les patients insistaient sur le fait que la volonté de se soigner devait absolument venir d'eux.

P2 « J'ai fait une cure. Enfin, c'est venu de moi, j'ai dit faut que j'arrête de boire par rapport à ma situation familiale et pis... J'ai pris rendez-vous, ils m'ont pris quasiment aussitôt. Et puis du jour là j'ai jamais rebu. »

P10 « Et puis après ça dépend de la santé, parfois vous décidez pas on vous dit stop. Mais je ne fais pas partie de ces gens-là. Quand on me dit stop je m'arrête pas ! Il vaut mieux que j'arrête avant moi-même, c'est beaucoup mieux. »

La volonté de soins pour chaque addiction était l'aboutissement d'un long processus motivationnel, où la pression de l'entourage ou des soignants avait un rôle indéniable mais non suffisant.

Le mari de P3 lui disait « qu'il en avait vraiment ras le bol et qu'il allait partir. Que j'allais perdre mes filles, que j'allais tout perdre. Quelque part on en a conscience mais pas réellement... On y pense puis on oublie! On espère que ça n'arrivera pas et... Puis on est tellement mal de toute façon que quelque part on est égoïste».

P11 « C'est l'infirmière sociale qui m'embêtait « Mr P11 il faudrait aller au CMP » puis moi je dit « ouais j'ai rien à faire là-dedans ! ». Et puis comme je suis quelqu'un de spontané si on m'envoie moi j'y vais pas.»

5.2. Une recherche de soins personnalisés

Le libre arbitre dans le choix des soins était très souvent revendiqué. Les patients recherchaient le traitement le plus adapté à leur situation addictologique et sociale, efficace et surtout bien vécu.

P1 « *C'est ce que ma femme m'avait dit, limite elle voulait me mettre en hosto avec une cure complète et tout le bazar, ça j'en voulais pas. Partir de chez moi pendant une semaine, quinze jours, pas voir mes gamins, je... ça aurait été pire.* »

Certains patients s'informaient sur les meilleures stratégies de soins en discutant avec des pairs mais aussi sur internet. Certains s'étaient également documentés sur les causes et les mécanismes de leur maladie.

Leur adhésion aux soins évoluait avec le temps suite à l'acceptation et à l'analyse des échecs.

P3 « *J'ai fait une première cure cet été. J'ai pas accepté de poursuivre par quinze jours de stage. Mais cette fois-ci par contre c'était clair et net c'était je partais trois semaines. Même si c'était pas évident parce que... Ca voulait dire que je laissais mon mari gérer tout seul mais... c'était nécessaire... Pour que je m'occupe un peu de moi.* »

P1 au sujet de l'échec de la modération en alcool « *Au début c'était euh bah tu te calmes et ça va le faire quoi. Et le fait de se calmer, t'as toujours les mêmes personnes qui reviennent... Je me suis calmé un bon mois et puis c'est reparti quoi... Arriver un moment, ça a été stop plus une goutte et puis... Et je pensais que ça serait plus dur que ça.* »

Dans notre échantillon, aucun patient ayant eu une addiction comportementale n'a consulté pour ce problème. Ils ont mis en place des méthodes d'évitement, parfois avec l'aide de leur entourage.

5.3. Importance de la relation patient-soignant

Une relation thérapeutique satisfaisante était jugée capitale dans la réussite des soins.

P1 « *Franchement je suis mais, euh, super content, parce que... je m'entends bien avec les deux [médecin traitant et psychologue], là-dessus, y'a aucun souci, c'est... on peut en parler, quoi. Et c'est vrai qu'on voit si ça passe ou ça passe pas* ».

P5 concernant son médecin traitant « *Il m'a beaucoup aidé oui. Par rapport à d'autres médecins que... Ca me faisait rien quoi. Il sait écouter. Et avec d'autres médecins non... ça passe pas. J'ai pas envie d'y retourner.* »

Les patients exprimaient un devoir d'honnêteté envers les soignants. En échange, ils attendaient d'eux qu'ils soient compétents dans le domaine de l'addictologie, bienveillants, réactifs et ouverts d'esprit concernant leurs attentes de traitement.

P8 concernant le CSAPA « *Franchement ils font du super travail, jamais dans le jugement, ils connaissent vraiment bien leur métier, ils savent vraiment bien accompagner.* »

P12 « *Le patient qui prend la décision de... Qui fait cette démarche quand même de se confier à un médecin pour dire « je veux que ça s'arrête ». Faut pas discuter trois heures quoi, faut prendre les choses en mains, comme Dr D12 « On fait un traitement, on établit un truc » ».*

Dans le discours concernant les soins, on constatait l'omniprésence du « je » et parfois du « nous », associant le patient et le médecin comme dans une équipe. Ils aspiraient à une relation d'égal à égal permettant une négociation des stratégies de traitements.

P3 « *Je lui avais demandé son avis, moi j'avais le mien.*»

P6 « *On discute voilà. Y'a pas une autorité solennelle au-dessus... »*

Un suivi régulier par des soignants identiques était très apprécié.

P3 « *A chaque fois qu'on voit un nouveau professionnel de la santé, on ne fait que répéter son histoire, répéter... Ils posent exactement les mêmes questions, donc on apporte les mêmes réponses et c'est un petit peu gavant d'ailleurs... Mais c'est une séance perdue quoi !*»

Le médecin généraliste était souvent le premier recours. La connaissance mutuelle médecin-malade favorisait le dialogue.

P1 « *Venir pour dire... j'en ai marre je bois et puis... je veux arrêter quoi. Ce n'est pas facile de le dire. Le Dr D1 je la vois quand même régulièrement, pour les enfants, pour moi... Je savais qui je venais voir. C'est plus facile de dire les choses à quelqu'un qu'on voit quand même de temps en temps que quelqu'un qu'on voit jamais.*»

Quelques patients notaient les limites de la compétence de leur médecin dans ce domaine et attendaient de lui qu'ils les orientent vers les spécialistes.

P3 « *Il a essayé avec les moyens du bord, avec ses compétences de généraliste justement... de m'orienter, de me faire peur aussi ! Il a aussi fait fonctionner le réseau justement pour me donner me trouver une place le plus rapidement possible. Cette aide quand même pour trouver une place dans un hôpital et passer la main à un médecin... addictologue qui a davantage des compétences dans ce domaine là.*»

Certains patients avaient directement débuté un accompagnement auprès de structures spécialisées ambulatoires ou hospitalières. Leur médecin traitant intervenait alors pour le suivi ultérieur.

6. Conséquences pour un accompagnement global de leur polyaddiction

6.1. Une évaluation addictologique initiale bien perçue

Le repérage de toutes les addictions possibles avec et sans produits était unanimement perçu comme naturel, et ce dès la première consultation.

P2 « *Je pense que c'est important, si on suit un patient, de savoir exactement où est-ce qu'il en ait par rapport à ses addictions. Sinon... je pense pas qu'en en sachant la moitié on puisse le guérir quoi.* »

P11 « *Si on me demande ces choses-là c'est peut-être aussi pour m'aider.*»

Les patients chez qui les soignants n'avaient pas recherché en consultation d'autres consommations possibles le regrettaient. Ces questions pouvaient permettre une libération de la parole sur le sujet délicat des addictions.

P9 « *Pour moi si un médecin me pose une question je lui réponds toujours franchement. Je ne louvoie pas. Et à la limite je dirais encore merci quoi de m'avoir posé la question parce que ça libère.* ».

6.2. Un rejet des sevrages multiples

La proposition d'un sevrage multiple provoquait un refus quasi systématique. Les raisons avancées étaient parfois la peur d'un échec global.

P1 « *Non mais je veux pas tout arrêter pour limite replonger derrière.*».

Le plus souvent ce refus s'expliquait par des stades motivationnels différents selon les SPA.

P8 qui a déjà arrêté l'alcool parle de ses autres addictions « *Le tabac si j'en ai besoin j'aimerais bien arrêter, mais j'y arrive pas et j'ai pas encore la motivation suffisante. Mais le cannabis c'est un plaisir, ça reste un plaisir, il passe pas au-dessus de moi, c'est moi qui le contrôle, donc je garde ce plaisir-là. Là c'est un choix.* ».

P2 « *Ca fait... ça ferait beaucoup de trop quoi... le fait d'arrêter le tabac... J'y viendrai peut-être, mais c'est pas dans ma tête là pour l'instant quoi....* ».

Pour d'autres patients, le sevrage de plusieurs addictions liées par des associations comportementales apparaissait naturel.

P9 « Le cardiologue que j'ai vu hier lors du test d'effort m'a dit « effectivement cela me semble important que vous arrêtiez, mais peut-être pas courir les deux lièvres à la fois ». Le problème c'est que je serais incapable de fumer deux cigarettes par jour ou éventuellement de boire une bière par jour. C'est quelque chose qui me semble... Je ne peux pas ».

P10 « Je regarde des amis depuis longtemps qui essaient d'arrêter le tabac. Et avec le cannabis, ils y arrivent pas. Parce que... La prise de cannabis est liée au tabac, même si ils fument du cannabis pur ça ne marche pas pareil [...] si il veut combattre une habitude et qu'il en combat qu'une et qu'il garde l'autre il a rien combattu pour moi en tant qu'habitude, il a juste viré un produit et il se concentre sur un. Et peut-être qu'il en fumera plus de l'autre et qu'au lieu de faire une bière ou machin, il prendra deux joints ou deux bières. »

La résolution des fragilités psychologiques et de leurs difficultés relationnelles était un facteur favorisant les soins de leur polyaddiction.

P5 « Quelqu'un qui est bien dans sa tête, qui est bien dans sa peau, il a pas besoin de... [alcool et tabac] Donc euh voilà, c'est qu'il y a sûrement quelque chose qui va pas. Si je connaissais l'origine de tout ça et si moi dans ma tête j'étais bien clair, bien clean... »

P6 concernant la proposition de double sevrage alcool et tabac « Ca m'arrange ! Aujourd'hui voilà j'ai mes deux traitements [substituts nicotiques et Revia®], je me sens bien et j'ai envie de continuer à me sentir bien et à faire en sorte de retrouver une vie lambda quoi. »

6.3. Attentes des patients concernant le suivi global notamment par leur médecin traitant

Plusieurs patients considéraient que leurs différentes addictions s'intégraient dans une même problématique « Tout est lié » (P10). Pourtant, les attentes de suivi global n'étaient pas au premier plan des préoccupations des patients interrogés.

P10 concernant le tabac « J'ai jamais arrêté, jamais pensé, je sais pas pourquoi, j'ai pas trop réfléchi là-dessus. »

Un suivi de type entretien motivationnel pour toutes les addictions était bien accueilli si les soignants restaient attentifs au stade motivationnel du patient.

P6 « Je trouve ça intéressant parce que c'est proposé [insiste sur ce mot]! Ca permet aussi à la personne d'évoluer, je sais pas si je peux dire intellectuellement, mais voilà au moins en tout cas dans mon cas, ça m'intéresse. »

Une éducation thérapeutique spécifique était également appréciée par les patients qui en ont bénéficié.

P3 « *Sachant que justement l'intérêt de ce stage [cure hospitalière pour l'alcool] c'est qu'on a aussi rencontré une infirmière tabacologue qui nous a fait faire le test du CO testeur. Ce que je n'avais jamais fait. Donc je m'appuierais aussi sur un tabacologue justement lorsque je serais décidée, pour avoir vraiment cet accompagnement en fait.* »

Certains patients étaient prêts à changer les facteurs problématiques de leur environnement (éloignement des pairs favorisant les consommations, résolutions des problèmes professionnels ou conjugaux) et à s'impliquer dans un accompagnement psychologique. D'autres patients repoussaient ces décisions.

P6 « *Je me suis séparé [divorce] et certainement que j'ai fait un point là-dessus parce que tout de suite j'ai voulu voir un addictologue.*»

P12 « *Je vois pas à quoi il peut servir le psy... Parce que oui si ça peut servir si ça permet de rechercher peut-être pourquoi... Mais avant qu'elle trouve ben on continue à boire donc...*»

La relation de soins durable et privilégiée qu'entretenaient certains patients avec leur médecin généraliste apparaissait propice à un suivi global, notamment de leurs co-addictions.

P8 au sujet d'un futur sevrage tabac « *Le CSAPA, ils ont des tabacologues mais bon c'est loin... Donc non je pense que ça sera plutôt avec le Dr D8. C'est un médecin de confiance maintenant ça fait très longtemps qu'il suit toute la famille et tout donc voilà c'est plus facile avec lui pour ces choses-là. Vous voyez un peu le parcours ! Le Dr D8 le connaît quoi. Sait où j'en suis et tout.* »

Discussion

1. Limites de l'étude

Les médecins recruteurs ont peut-être inconsciemment sélectionné les patients les plus aptes à parler de leur vécu en entretien. Tous les entretiens ont été menés par une seule enquêtrice. Malgré la posture de chercheur neutre adoptée, cela a inévitablement généré un biais d'intervention. Sa profession et le déroulement de la moitié des entretiens au cabinet médical ont pu aussi influencer le discours des patients, notamment en ce qui concerne leur vision du médecin généraliste. D'autres entretiens réalisés avec des patients recrutés en soins spécialisés (CSAPA par exemple) auraient pu améliorer la diversité des points de vue sur le rôle de leur médecin traitant. Une triangulation des résultats par double codage a été effectuée sur les trois entretiens les plus riches. Ce double codage a permis de limiter le biais d'interprétation. Un biais de mémorisation devait exister quand le patient relatait les débuts de son addiction ou le vécu des soins effectués plusieurs années auparavant.

La validité externe est limitée par la petite taille de l'échantillon et le fait que peu de femmes aient été incluses. Le faible effectif de co-addictions hors tabac et cannabis a pu également diminuer la portée des résultats.

2. Commentaires

Cette étude a permis de donner la parole aux patients concernant leur vécu du mésusage d'alcool associé à des co-addictions, une problématique complexe et fréquente.

Ces témoignages éclairent le processus de développement des différentes addictions. Elles se révèlent intimement liées à l'histoire personnelle et à la vie quotidienne de chacune des personnes interrogées. Les pathologies psychologiques et psychiatriques ainsi que les difficultés professionnelles ou conjugales, qu'elles soient causes et/ou conséquences des addictions, étaient toujours un facteur aggravant la situation. Une évaluation précoce du contexte psycho-social du patient puis des différentes conduites addictives apparaît donc indispensable afin de proposer un accompagnement adapté. Les patients étaient favorables à cette évaluation. La résolution des difficultés psychologiques et relationnelles est probablement un facteur déterminant pour la réussite des soins, comme le souligne également L. Fucito [9]. Les addictions, souvent symptômes de ces difficultés, perdent alors leur « utilité », le risque de transfert de dépendance diminue et le sevrage multiple peut être envisagé.

L'analyse du verbatim retrouve des interactions spécifiques entre différentes addictions pour chaque patient. Ces résultats concordent avec ceux de plusieurs études [9] [11], qui retrouvaient une association comportementale pour la majorité des patients entre les consommations d'alcool et de tabac. Certaines addictions influençaient les autres consommations par un phénomène de renforcements positif et négatif: la majoration des consommations d'alcool entraînait souvent une augmentation des autres SPA et le sevrage en alcool était parfois suivi d'une diminution spontanée du tabac.

Les patients interrogés qui avaient identifié des conséquences négatives à leurs consommations d'alcool et de tabac, n'envisageaient que très rarement un double sevrage. Les raisons évoquées étaient une faible confiance en leur capacité d'arrêt du tabac et la peur de compromettre leur abstinence en alcool, ce qui concorde avec la littérature [15] [16]. Les patients de notre étude qui avaient noté de fortes associations comportementales entre alcool et tabac par exemple ou tabac et cannabis, étaient plus enclins à envisager un double sevrage. La connaissance des interactions entre addictions (associations comportementales, renforcements positif et négatif) spécifique à patient peut donc permettre de les conseiller et anticiper le risque de transfert de dépendance. V. Suau le suggère dans sa thèse [11] : chez les patients hospitalisés pour sevrage en alcool, la diminution du tabac favorisait l'abstinence en alcool en cas de lien fort entre l'usage de ces deux produits ; en revanche quand les consommations n'étaient pas liées, une majoration de la consommation de tabac était utilisée pour résister aux envies d'alcool (craving).

La relation patient-soignant était souvent décrite comme le soin le plus efficace. Les patients souhaitaient être reconnus comme acteur central de leur prise en charge. Ils attendaient des soignants qu'ils soient ouverts d'esprit, à l'écoute, bienveillants et les accompagnent sur le long cours. L'adhésion aux soins ainsi que ses modalités évoluaient en fonction de l'acceptation et de l'analyse des échecs des différentes prises en charge. Le soignant devait rester à l'écoute et aider le patient à ne pas culpabiliser durant ce processus long mais nécessaire.

Les personnes interrogées ont particulièrement insisté sur l'importance d'une motivation personnelle pour la réussite des soins. La prise de conscience de la nécessité d'un changement de comportement était multifactorielle, indépendante pour chaque addiction et nécessitait du temps. L'entretien motivationnel [20] paraît convenir aux patients de l'étude. Il permet de s'adapter au stade motivationnel du patient (cf annexe 2) : faire naître le doute en phase de pré-contemplation, explorer l'ambivalence et rechercher les propres motivations du patient en phase de contemplation, renforcer la confiance en sa capacité d'arrêt en phase d'action, déculpabiliser et aider le patient à analyser les causes d'une rechute. Cette

méthode de communication mériterait d'être valorisée lors de la formation médicale initiale et continue. L'entretien motivationnel est utile en addictologie, mais également dans de nombreuses autres situations en médecine générale où un changement de comportement du patient serait bénéfique pour sa santé.

La crainte d'atteinte à la sphère privée et le sentiment d'impuissance exprimés par les médecins généralistes dans la thèse de M. Rebillard [13] concernant le repérage et l'accompagnement des personnes en mésusage d'alcool ne sont pas justifiés par le discours des patients de notre étude. Ils expriment au contraire que le médecin généraliste, par sa proximité, sa connaissance globale du patient et souvent de sa famille, peut apporter une aide précoce au patient présentant une polyaddiction. La relation de confiance entretenue de longue date était un facteur favorisant le dialogue et aboutissait souvent à un lien thérapeutique de qualité. Cela devrait encourager les médecins généralistes à rechercher les addictions de manière plus systématique et à proposer au patient un accompagnement lors de consultations dédiées.

Conclusion

Ce travail a permis de recueillir le témoignage de patients concernant leur vision personnelle des liens entre addictions et leurs attentes de prise en charge globale.

Les patients qui consultent pour un mésusage d'alcool n'ont pas toujours identifié un trouble addictif dans leurs autres consommations et ils n'en parleront pas spontanément. Pourtant, la présence de co-addictions est à prendre en compte chez un patient qui consulte pour un mésusage d'alcool en raison des associations fréquentes entre chaque SPA et des risques de transfert de dépendance, surtout si une vulnérabilité psychologique sous-jacente persiste. La recherche et l'aide à la résolution des causes psycho-sociales des addictions devraient donc être intégrées à toute prise en charge addictologique.

Le repérage initial de toutes les co-addictions possibles est bien vécu et même jugé indispensable par les patients. Les sevrages multiples sont à discuter au cas par cas en s'adaptant à la situation addictologique et au stade motivationnel pour chaque addiction.

Ce travail a mis l'accent sur l'importance, pour la réussite des soins, d'une relation thérapeutique durable et de qualité où le soignant garde une vision globale de son patient et est à l'écoute de ses choix. Il pourra ainsi l'amener à évoluer sur ses représentations concernant les co-addictions et à résoudre ses difficultés psycho-sociales. Les soignants doivent respecter le rythme du patient durant ce processus souvent long. Un accompagnement de type motivationnel à poursuivre dans la durée s'avère le plus approprié aux patients polyaddicts afin de faire émerger leurs propres motivations pour les soins tout en valorisant leur autonomie.

Ce travail qualitatif pourra être complété par des recherches quantitatives en soins primaires sur le même thème (prévalence des co-addictions, comparaison des profils médico-psycho-sociaux entre patients en mésusage d'alcool ayant ou non des co-addictions). Une étude qualitative du ressenti de patients suivis en médecine générale concernant l'entretien motivationnel pourrait également être intéressante suite aux résultats de notre étude.

Bibliographie

[1] Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool: dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie* 2015;37:5–84.

[2] Observatoire français des drogues et toxicomanies. Morbidité et mortalité liées à l'alcool. Dans : *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis: OFDT; 2013. p.66-112.

[3] Batel P, Pessione F, Maître C, Rueff B. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. *Addiction* 1995;90:977–980.

[4] Halfen S, Vongmany N, Gremy I. Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile de France. [en ligne]. Paris: Observatoire régional de santé Ile de France, Février 2002 [consulté le 16/05/2015]. Disponible sur: < <http://www.ors-idf.org> >.

[5] Cadet-Tairou A, Lopez D, Martineau H. Polyconsommation. Dans : *Drogues et dépendances, données essentielles*. Saint-Denis: OFDT; 2005. p.129-132.

[6] Di Nicola M, Tedeschi D, De Risio L, Pettorurso M, Martinotti G, Ruggieri F, et al. Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving. *Drug and Alcohol Dependence* 2015;148:118-125.

[7] Martinotti G, Carli V, Tedeschi D, Di Giannantonio M, Roy A, Janiri L, et al. Mono- and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behaviour, and comorbid axis I diagnoses. *Addictive Behaviors* 2009;34:790–93.

[8] Hurt R. Mortality following inpatient addictions treatment: role of tobacco use in a community-based cohort. *Journal of the American Medical Association* 1996;27:1097-1103.

[9] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête Alcool - Patients vus en médecine générale et hôpitaux. [en ligne]. 2000 [consulté le 01/03/2016]. Disponible sur: <<http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/enquete-alcool-patients-vus-en-medecine-generale-et-hopitaux/>>

[10] Rébillard M. Enquête qualitative sur les représentations et la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool en médecine générale [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Rennes: Université de Rennes 1; 2005.

[11] Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le Développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2011;59:285–94.

[12] Kohn C, Tsoh J, Weisner C. Changes in smoking status among substance abusers: baseline characteristics and abstinence from alcohol and drugs at 12-month follow-up. *Drug and Alcohol Dependence* 2003;69:61–71.

[13] Friend K, Pagano M. Changes in cigarette consumption and drinking outcomes: findings from project MATCH. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005;29:221–29.

[14] Suau V. La démarche de sevrage tabac au cours d'un sevrage alcool hospitalier : Evaluation à 1 mois [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Lille: Université de Lille 2; 2012.

[15] Asher M, Martin R, Rohsenow D, MacKinnon S, Traficante R, Monti P. Perceived barriers to quitting smoking among alcohol dependent patients in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2003;24:169–74.

[16] Stotts A, Schmitz J, Grabowski J. Concurrent treatment for alcohol and tobacco dependence: are patients ready to quit both? *Drug and Alcohol Dependence* 2003;69:1–7.

[17] Fuscito LM, Hanrahan TH. Heavy-dreaking smokers's treatment needs and preference: a mixed-methods study. *Journal of substance abuse treatment* 2015;59:38–44.

[18] Decamps G, Battaglia N, Idier L. Elaboration du questionnaire de mesure de l'intensité des conduites addictives (QMICA) : évaluation des addictions et co-addictions avec et sans substances. *Psychologie française* 2010;55:279-274.

[19] Neale J, Allen D, Coombes L. Qualitative research methods within the addictions. *Addiction* 2005;100:1584–93.

[20] Rollnick S, Miller W, Butler C. Entretien motivationnel : principes et efficacité. Dans : *Pratique de l'entretien motivationnel*. Paris : InterEditions-Dunod; 2009. p.11-22.

ANNEXES

Annexe 1 : Définitions

Définition des addictions selon le psychiatre Aviel Goodman

Processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire un plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives.

Les différents types d'usage de l'alcool selon la Société Française d'Alcoologie [1]

Le non-usage : absence de consommation, appelée également « abstinence ».

L'usage simple : usage asymptotique et inférieur aux seuils recommandés en France.

Les seuils sont définis en verres standards, soit l'équivalent de 10g d'alcool pur (10cl de vin, 25cl de bière à 5° ou 3cl d'alcool à 40°):

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel
- pas plus de 21 verres par semaines chez l'homme et 14 verres chez la femme pour l'usage régulier.

Le mésusage : les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives (troubles liés à l'usage d'une substance selon le DSM V) et ceux à risque d'en entraîner.

- **L'usage à risque** : consommation supérieure aux seuils décrits précédemment et/ou dans certaines situations (conduite de véhicule, poste de sécurité, enfance, grossesse, pathologies organiques ou psychiatriques associées...).
- **L'usage nocif** : mode de consommation préjudiciable à la santé, c'est-à-dire entraînant des complications physiques ou psychiques, quelque soit le niveau de consommation, sans critère de dépendance.
- **La dépendance** : présence d'au moins trois des manifestations suivantes, présentes en même temps au cours de la dernière année (critères utilisés pour toutes les SPA).
 - Désir puissant ou compulsif d'utiliser une SPA ;
 - Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance;

- Syndrome de sevrage quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une SPA;
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la SPA : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
- Centration : abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la SPA, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Annexe 2 : Les stades du changement

Le cycle de Prochaska

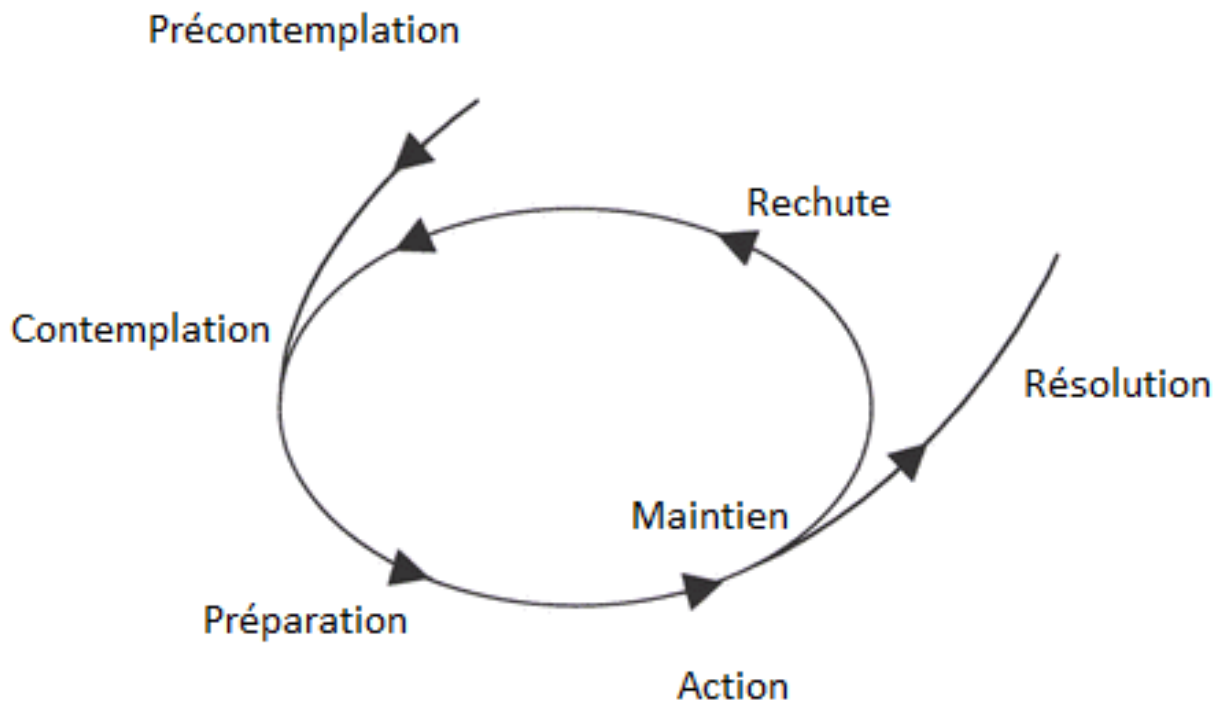


Image provenant de : <http://resolutions-formation.com/wp/pedagogie/>

Annexe 3 : Déroulement des entretiens :

1. Recueil d'un consentement écrit

Etude intitulée : Co-addictions chez les patients suivis en médecine générale pour mésusage d'alcool.

Sous la direction de: Dr Frédéric Beuneux

Promoteur : Université Rennes 1, Faculté de médecine

Investigateur principal: Lise Ruterana (étudiante en médecine université Rennes 1)

But de l'étude : explorer les représentations des patients suivis en médecine générale pour un mésusage d'alcool concernant leurs autres addictions et la nécessité de prendre en charge leur problématique addictive dans sa globalité.

Engagement de l'investigateur principal : elle s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques et à préserver absolument la confidentialité et le secret médical pour toutes les informations concernant le participant. L'enregistrement sera détruit après à la fin de l'étude.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Je, soussigné déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer à cette étude.

Fait à le

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

2. Recueil de données socio-économiques

Age, lieu de vie, statut marital, catégorie socioprofessionnelle

Type de mésusage d'alcool : sevré ou non, consommation journalière déclarée, dépendances, conséquences avérées

Soins spécialisés : hospitalisation, suivi CSAPA, psychologue ou psychiatre

3. Liste des addictions

Avez-vous déjà eu une consommation importante et régulière de... (actuellement ou à d'autre périodes) :

Alcool

Tabac

Cannabis

Médicaments contre le stress, l'anxiété, l'insomnie...

Héroïne

Cocaïne

Amphétamines

Autres

Avez-vous déjà eu des problèmes avec :

Jeux d'argent (casino, paris, jeux à gratter...)

Achats excessifs

Sport excessif

Addiction au sexe

Addiction au travail

Jeux vidéos/internet/télévision excessifs

Anorexie

Boulimie

4. Le guide d'entretien (évolutif, dernière version) :

En 1, 2, 3, etc... : questions principales.

En a, b, c, etc...: thématiques de relance si nécessaire

1. Racontez-moi comment ces addictions ont débuté ?
 - a. Contexte psychologique pré-existant
 - b. Facteurs déclenchants

2. Comment ont-elles évolué durant votre vie ? Et à l'arrêt de..., comment ont évolué vos autres addictions ?
 - a. Renforcement positif, association,
 - b. Transfert de dépendance
 - c. Contexte psychologique

3. Parlez-moi de votre consommation de... ?
 - a. Aspects positifs
 - b. Aspects négatifs

4. Parlez-moi de votre parcours de soins concernant ces addictions.
 - a. Facteurs déclenchant des soins
 - b. Rôle du médecin traitant et soins spécialisés
 - c. Prise en charge psychologique associé

5. Vous a-t'on demandé si vous aviez d'autres addictions quand vous avez consulté pour.... ? Si oui qu'en avez-vous pensé ? / Si non qu'en auriez-vous pensé ?

6. Pourquoi avoir choisi de traiter seulement ... plutôt que toutes vos addictions ?
 - a. Frein au sevrage concomitant
 - b. Modalités possibles de prise en charge globale

7. Comment envisagez-vous la suite des soins pour ces addictions ?
 - a. Modalités possibles de prise en charge globale
 - b. Rôle médecin traitant et soins spécialisés

8. Avez-vous des points à ajouter ?

Annexe 4 : Extraits d'entretiens

Patient 1 : homme de 30-34ans, habite à la campagne, en couple

L J'aimerais que vous me racontiez le début de l'alcool. Donc pour vous le problème a vraiment commencé cet été ?

P Oui. Avant je veux dire je buvais, en repas de famille un ou deux apéros, un verre de vin en mangeant. Ca allait quoi...Mais de l'autre côté quand j'ai perdu mon boulot, je me suis rendu compte, que tout seul à la maison euh.... j'avais pas mes enfants, bah oui. Elle, elle était au boulot, je me suis retrouvé tout seul à la maison et euh dans ces cas là y'a beaucoup de monde qui vienne. Donc le midi ils viennent, c'est un apéro, deux apéros, trois apéros. Pfut ! Et ça... Le soir rebelote. L'après midi y'a tout le temps du monde à passer, c'est... Y'aurait une personne ça irait ! Mais dans ces cas-là on reconnaît les personnes qui viennent pour ça ou pas. Et de l'autre côté je buvais un verre avec l'un, un verre avec l'autre, un verre... Et ça continue, quoi c'est... Et le soir bah arrivé un moment, bah stop quoi, faut... C'est raide hein c'est... A côté j'ai deux enfants en bas âge. Fallait que je les gère à côté, les chercher à l'école euh... un à l'école, l'autre chez la nourrice. Euh c'est... Et du coup elle a commencé à s'apercevoir que non ça n'allait plus quoi, faut...

[...]

P Après tout ceux qu'on côtoie limite je vais pas dire ils fument tous [du tabac] mais euh... On fume tous à petites doses, on est pas... Mais à petites doses, tout dépend ce qu'on appelle... Mais nous tous entre copains, on a tous à peu près le même âge. Je vais dire on se fait des bouffes régulièrement ensemble. Après manger on fume une clope ensemble et pis voilà quoi. On a tous des gamins, on a tous le même âge, on a tous le même niveau de vie je vais dire quoi c'est... Maintenant pour moi c'est plus simple d'arrêter l'alcool que le tabac. Bah pour moi toujours, maintenant y'a d'autres personnes qui vont dire le contraire. L'addiction n'est pas la même pour tout le monde hein c'est...

Patient 2 : Homme de 50-54ans, habite à la campagne, en couple

L Est-ce que vous pourriez me raconter un petit peu l'histoire de vos différentes addictions ? Pourriez-vous me dire laquelle a commencé en premier et dans quel contexte ?

P Le premier ça doit être l'alcool. En tant que marin-pêcheur (*ricane*), à bord y'avait pas trop de divertissement. Le seul moment qu'on avait une pause on buvait un coup quoi. Puis là c'est vrai qu'il y a avait une grande consommation d'alcool. A bord on payait tout en détaxe, alors euh c'était facile quoi. Ouais...

L Vous aviez quel âge ?

P Oh j'avais 16 ans et demi, 17ans. Quand j'ai commencé quoi.

L Comment a évolué par la suite votre consommation d'alcool ?

P Bah je crois quand j'ai arrêté de naviguer j'ai bu un peu moins. Et puis au fil des années bah ça... y'a eu des plus, des moins. Et ça a toujours suivi quoi. Jusqu'au jour où j'arrête de boire quoi mais euh...

[...]

L Et pour vous les gros soucis de la vie n'ont pas été un facteur de rechute ?

P Non non non non, non non. Non je suis têtue à ce niveau-là (*ricane*). Faut dire que j'ai toujours fait les choses par plaisir quoi. Alors euh... Même si ça m'a fait tomber dans le trou quoi. Alors d'un autre côté... quand j'ai envie de faire ça... je le fais quoi. J'aime pas me contredire quoi (*en souriant*).

Patient 3: Femme de 40-44ans, habite en ville, en couple

L Est-ce que vous pouvez me raconter l'histoire des consommations ?

P Alors le tabac bah c'est tout bêtement pour faire comme les autres. Donc euh vers l'âge de 15-16 ans. Euh... l'alcool est arrivé plus tard. Euh... sachant que pffou ces dernières années, en gros tous les soirs avec mon mari on prenait l'habitude de prendre un apéritif. Donc c'est un ou deux verres des fois trois. Et puis un peu plus... y'a un an et demi à peu près... des problèmes professionnels, personnels qui font que j'ai augmenté les doses. Pour en arriver à la consommation que je vous ai... que je vous ai citée tout à l'heure. Donc euh... parce que... c'est un anxiolytique. Ça apporte un effet un peu euphorisant... voilà, ça donne un peu de courage. Au départ. Après ça devient une addiction, on a besoin de ça justement pour se booster un petit peu. Et au final euh... on finit par devenir un peu dépressif. Par ne plus être bien. Et on se dit qu'en en prenant bah ça va aller mieux. Alors sur le coup ça va effectivement mieux et puis après ça tourne plutôt vers la tristesse. Des choses comme ça. Et ça on nous l'a clairement expliqué hein c'est... c'est-à-dire qu'on n'est pas bien, donc on en prends. Donc on va un peu mieux. Puis après ça re-dégringole, sauf que ça re-dégringole un peu plus bas que ce que... d'où on était parti. On en reprend pour aller mieux. Ça va un peu mieux. Mais sauf qu'on re-dégringole à nouveau et puis bref. Donc la courbe on voit bien elle va vers l'abscisse. Et euh... voilà, c'est vraiment l'effet dépressif de cette consommation.

L Que vous avez ressenti...

P Ouais. Je pensais être devenue dépressive. En fait je le suis devenue mais à cause de ça. C'est ça qui m'a rendu dépressive. Au fil du temps. Après avec une vitesse assez... enfin une durée qui est assez courte. En gros un an et demi, même si avant je consommais mais c'est pas des consommations... C'était régulier mais c'était pas des consommations aussi importantes que ça ne l'était avant de faire ce stage.

[...]

L Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a une cause, pour vous en tout cas?

P (*Silence*) Non par réellement. Euh... pas réellement après on peut toujours trouver tous les prétextes du monde encore une fois c'est un anxiolytique. Donc à partir du moment où on trouve quelque chose qui quelque part au départ soulage. Voilà. Donc on peut s'engouffrer dedans comme on peut ne pas s'engouffrer. Euh... je pense que c'est une faiblesse de l'humain qui arrive à trouver quelque chose qui soulage, d'autres ça va être le sport, d'autres ça va être autre chose.

[...]

L Est-ce que vous pouvez me raconter votre parcours de soin. A partir de quand avez-vous voulu débiter les soins pour l'alcool et pourquoi ?

P Parce que je sentais que j'étais entrain de m'enfoncer. Donc c'était cet été. Enfin, pfff... Comment c'est arrivé exactement, je saurais pas vous dire hein. J'étais suivie déjà depuis quelque temps par le Dr D3, j'avais fait l'objet déjà de quelques arrêts de travail. Parce que franchement ça n'allait pas,

moralement ça n'allait pas, au boulot je n'avais plus la niaque. Euh... donc j'ai fait quelques arrêts de travail. [...] Euh... bon je pensais qu'avec ça ça suffirait ! Que j'étais fatiguée, que j'avais besoin de me reposer... Et puis et puis ça repartait. Et au final non les mois enfin les semaines et les mois ont passé et durant cet été c'est vrai que non, j'arrivais plus à m'en sortir. Donc j'ai revu le Dr D3 qui m'a proposé une hospitalisation, j'ai dit oui ok. Euh... donc du coup c'est vrai qu'il a fait les démarches pour voir les places disponibles etc. Sachant que c'était en plein mois d'août. Donc moins de personnel, moins de place. Donc du coup il m'a orientée vers le X [service hospitalier d'addictologie] parce que justement il y a avait une place qui se libérait plus tôt, que Y [autre service hospitalier d'addictologie]. Donc je lui avais demandé son avis, moi j'avais le mien. Euh... savoir si ce n'était pas le plus tôt le mieux. Ce qu'il m'a confirmé. D'où, X. Euh bon très clairement, ce stage-là bon je l'ai fait hein mais... Bon ça m'a quand même mis une petite claque mais pas suffisamment je pense. C'est pour ça que je vous disais tout à l'heure que je n'étais pas prête à faire un stage à la suite. Euh et là oui voilà au bout d'une semaine, je pensais que j'étais guérie et puis (*claque des doigts*) en claquant des doigts voilà, c'était bon, ça repartait. Mais au final non.

Patient 4 : Homme de 45-49ans, habite en campagne, en couple

L Avez-vous trouvé une raison à l'augmentation de l'alcool il y a deux trois ans ?

P J'en sais rien, j'en sais rien ! (*sur un ton agacé*) Euh.... Un besoin de m'échapper. Un besoin de... de... de plus penser à rien. Un état bien quoi ! Entre guillemets. La recherche d'un état... où on pense pas à des choses... Où on est bien.

[...]

L Est-ce que vous voyez une modification du moral depuis la diminution de l'alcool ?

P Euh le moral était mieux dans le sens où je me disais vivement le soir que je vais boire mes quatre verres de rosé quoi. Au niveau de la vie c'est pas terrible. L'objectif était le matin je me réveille, je fais mon boulot voilà quoi. Un souci de quotidien (*en appuyant sur ce mot*) en ce moment. Tous les weekends refaire la même chose, tous les jours refaire la même chose.

L C'est-à-dire la routine.

P La routine. Et quand ma femme travaille, souvent le weekend, et ben voilà donc moi je gère la maison, les enfants, tous les samedis matin, pareil... Enfin voilà quoi. Un besoin de changement ! Un grand besoin de changement, mais comment ? Bonne question... Mais comment, j'ai pas la réponse.

[...]

L Pourquoi avez-vous choisi de vous soigner pour l'alcool et pas pour le tabac ?

P Parce que pour moi c'était plus dangereux l'alcool que le tabac... par rapport au fait que je fumais 5-6 clopes par jour quoi. Là j'ai augmenté...

L Plus dangereux c'est-à-dire ?

P Ah plus dangereux euh.... [Une personne de son entourage] s'est fait greffer du foie ! Et donc il est passé tout près de la catastrophe. Donc voilà il buvait, il buvait, il buvait. Donc maintenant il boit plus depuis qu'il s'est fait opéré, greffé. Donc euh... voilà ! Et puis je le sentais bien au niveau de mon ventre hein ! Que ça allait pas, hein. Y'a quelque chose voilà. Donc ça commençait à me tracasser.

Entretien 5 : Homme de 25-29ans, habite en ville, en couple

L Est-ce que vous pouvez me raconter pourquoi ça a commencé, alors d'abord le tabac, à 15ans ?

P Bah ça c'est... le tabac c'est... J'ai commencé avec euh des copains et puis... C'est commencé, enfin j'ai commencé comme ça quoi en fait.

L Et puis ça a progressivement augmenté ?

P Mmh.

L Et pour le cannabis ?

P Non bah c'est pareil avec euh... les copains quoi.

L D'accord. Et concernant l'alcool.

P Bah l'alcool j'ai commencé au départ... normalement quoi... Et je finis avec des... beaucoup de doses quoi. Que je peux plus m'arrêter quoi !

Entretien 6: Homme de 30-34ans, habite à la campagne, divorcé

L Vous avez choisi de traiter l'alcool et le tabac un petit peu en même temps c'est bien ça ?

P Déjà l'alcool ça fait longtemps. Simplement, je suis arrivé à un stade où je pouvais pas faire plus. Par rapport à mes besoins du moment et du cadre. Donc je cherchais un intervenant qui puisse m'orienter, commencer un traitement. Ce que je n'étais pas prêt à l'époque. [...] A l'époque je n'étais pas prêt même pour l'hospitalisation. Voilà aujourd'hui, si lors de l'entretien on m'avait dit vous êtes arrivé à un stade où il faut vous faire hospitaliser. A l'heure actuelle j'étais prêt ! Je suis plus contre ça. Parce que j'ai une véritable envie en tout cas d'arriver à une... voilà de ne plus boire la semaine, de faire les activités que j'ai à faire, continuer à avancer quoi. Là dimanche, j'ai bu deux verres, ça ne m'a pas dérangé de rentrer chez moi et de ne plus avoir d'alcool. Voilà c'est tout. Donc oui c'est lié parce que bon bah les deux m'emmerdent quoi. Là je vois je vais fumer une clope, pfff, je vais pas la fumer forcément en entière, je vais l'écraser et puis hop puis continuer à faire ce que j'avais à faire. Aujourd'hui voilà j'ai mes deux traitements [Aotal® et substituts nicotiniques] et j'ai pas envie de ma mettre la pression, je me sens bien et j'ai envie de continuer à me sentir bien et à faire en sorte voilà de carrément régresser et de retrouver une vie lambda quoi. De pas avoir la peur comme ce monsieur là 27ans d'abstinence et puis j'ai eu l'impression qu'il vivait mal son abstinence. J'ai pas envie d'être comme j'ai vu dans les films à l'époque où les gens ils sont terrifiés à l'idée de rechuter quoi. Ma relation elle a été ce qu'elle a été avec l'alcool et j'ai toujours une relation avec l'alcool, même si ça fait une semaine que j'ai pas bu. J'ai jamais été quelqu'un qui a toujours dit c'est à cause de l'alcool, c'est à cause de l'alcool. Euh... voilà ! L'alcool m'a permis de faire des choses comme elle m'a permis aussi... elle m'a fait perdre beaucoup de choses. Simplement aujourd'hui j'ai plus envie de me faire chier à acheter un cubi de 10L et à boire toute la journée tout simplement. J'ai envie de refaire du sport et j'ai envie d'un avenir plus sain.

L Et le fait de faire le sevrage de tabac en même temps c'est plutôt une bonne chose.

P Ca m'arrange ! Ah oui ! En plus je suis dans une période ! Alors cette période-là j'ai envie de la conforter, j'ai envie de la nourrir quoi. Et j'ai mon projet au mois de septembre...

Entretien 7 : Homme de 55-59 ans, habite à la campagne, célibataire

L Si vous voulez bien me raconter pour l'alcool, c'était à quelle occasion ?

P Oh bah s'il y avait un anniversaire, un truc comme ça quoi. Mais autrement déjà c'était pas tous les jours, tout dépendait des chantiers où on était. [...] Et puis après tout a été supprimé sur les chantiers, donc là il était plus question au travail.

[...]

L Concernant votre consommation de tabac, elle a commencé quand ?

P J'ai commencé à l'âge de 30 ans (*rigole*). Oui puisque au boulot, quand on faisait du remplacement de traverse, alors il fallait qu'on dégarnisse toute la terre autour. La terre, les cailloux, tout quoi. On avait le même nombre de traverses chacun à faire. Et puis les anciens ils s'arrêtaient toujours pour fumer une cigarette. Je me suis dit, pourquoi je continuerais à bosser moi. J'arrête aussi ! Et puis « Continue, continue! » Je dis « Non ». Et du coup j'ai commencé à fumer comme ça. Mais c'était pas le plaisir de fumer hein! C'est l'histoire de... on aimait bien narguer les anciens. Les taquiner quoi ! Y'a certains qui prenaient mal ça. Mais bon ça se passait bien quoi.

Entretien 8 : Homme de 40-44ans, habite à la campagne, en couple

L Pouvez-vous me raconter laquelle à commencé en premier ?

P Bah le tabac. Je sais pas j'ai du commencer à 15-16ans arrivé au lycée, enfin en seconde. Bah un peu pour faire comme tout le monde, bah voilà quoi. Puis rapidement consommation excessive. Euh... le cannabis est arrivé après. Pareil au lycée, pour essayer. Ca m'a plu tout de suite donc euh consommation directement journalière quasiment... tout le temps. L'alcool est arrivé beaucoup plus tard en fait. Parce que... dans mon parcours mon grand-père était alcoolique, et ça me dégoutait pas mal. J'avais un rapport à l'alcool qui était pas terrible. En fait pendant longtemps je n'ai jamais bu, voilà c'était comme ça. Et puis je suis rentré dans la vie active à 20 ans. [...] Et à cette époque là y'avait beaucoup d'alcool à tourner dans la boîte pour des apéros, pour les... y'avait même du vin rouge à table et tout ça quoi... Et du coup bah voilà, toujours un peu sur le même principe, pour faire comme tout le monde et puis finalement ça m'a bien plu... et on est vite arrivé à une consommation excessive...

L C'était vers quel âge ?

P 22 ans à peu près. Et euh... du coup bah au début j'étais pas spécialement repéré comme alcoolique. Après moi je... moi maintenant avec le recul je dis oui c'était ça, mais en fait c'était beaucoup la fête quoi. J'étais salarié, j'étais célibataire, j'avais mon appartement, beaucoup de copains... beaucoup de voilà... Donc c'était la fête tout le temps, tout le temps quoi. Et donc avec consommation d'alcool, cannabis et tout ça. Mais vu que c'était dans la fête, ça semblait pas spécialement bizarre quoi. Et euh... c'est beaucoup plus tard quand j'ai rencontré ma femme... Que bah après, on commence à se poser un petit peu plus, on continue à faire beaucoup la fête et tout donc bah... toujours beaucoup d'alcool mais les moments où on se posait à la maison, y'avait toujours besoin de l'apéro, de tout ça. Et puis bah avec le temps, je me suis aperçu... enfin surtout elle s'est aperçue, ma femme, que mon rapport avec l'alcool était difficile, enfin était particulier et que... quand y'avait rien ça le faisait pas quoi. Y'avait rarement rien quoi. Et du coup je commençais à me poser

pas mal de questions, d'essayer un peu tout seul, j'ai jamais réussi... Après j'ai contacté le alors ça s'appelle plus comme ça maintenant à l'époque c'était le CCAA, le centre de cure ambulatoire et du coup j'ai essayé en ambulatoire, avec quelques médicaments et tout ça. Puis, pfff, ça marchait moyennement, je reprenais régulièrement mes consommations, j'arrêtais les médicaments, je reprenais l'alcool, des fois je mélangeais un peu les deux, c'était pas génial. Du coup avec le médecin psychiatre de là bas elle m'a proposé le principe d'internement à X [hôpital psychiatrique]. Un mois de cure et voilà. Du coup avant il fallait que je passe par Z [service hospitalier d'addictologie] pour faire le sevrage. J'ai été à Z, j'ai fait le sevrage. Ils ont été très sympas là-bas parce qu'ils m'ont accueilli tout de suite, ils m'ont mis en arrêt de travail tout de suite et puis, ils m'ont pris tout de suite. Donc du coup j'ai pu commencer le travail. Ca c'est la seule date précise que j'ai. Voilà ça remonte un peu là. Et ça a plutôt pas mal marché, j'ai vraiment pris de bonnes habitudes, j'ai appris à en parler, j'ai... Voilà et puis ils donnent pas mal de petits trucs pour éviter de retomber dedans, pour éviter de voilà de replonger.[...] Donc du coup j'ai tenu un an et demi. Et après, voilà, je sais pas trop pourquoi, je suis retombé dedans quoi. Parce que pendant un an et demi c'est une lutte hein, c'est une lutte de tous les jours... Bah surtout qu'en plus, comme je vous expliquais, au travail enfin voilà y'à... Bah plus maintenant depuis 3-4ans nouvelle direction, y'à plus du tout d'alcool à circuler dans l'établissement. Mais à l'époque y'avait encore beaucoup d'apéros, beaucoup de trucs comme ça, c'est difficile de...
[...]

L J'imagine que quand vous êtes venu parler d'alcool, ils vous ont demandé si vous aviez aussi d'autres addictions. Qu'en pensez-vous ?

P Bah c'est plutôt normal quand on est addict... je me suis beaucoup renseigné, quand on est addictif aux addictions en général c'est rarement qu'à une seule chose et puis c'est une manière de combler quelque chose donc après on va forcément en chercher d'autres quoi. Bah pour moi en tout cas ça marche comme ça.

L Une manière de combler quelque chose c'est-à-dire ?

P (*en souriant*) Euh... bah voilà c'est la grosse question que je cherche depuis très longtemps, c'est qu'est-ce que je cherche à combler là-dedans quoi ! J'ai eu quelques réponses, j'arrive à avancer... Mais euh ouais ouais comme je vous disais y'à beaucoup de choses qui remontent à l'enfance de toute façon et voilà quoi je crois que j'essaye de palier les choses.

Entretien 9: Homme de 50-54ans, habite à la campagne, en couple

L Quand vous arrêtez l'alcool et le tabac, vous gardez ces choses qui vous font plaisir quand même ?

P Oui mais alors le problème c'est que je m'enferme avec mes livres et que je n'en sors plus. Je peux lire trois livres dans la semaine, c'est-à-dire lire la nuit, dès que je rentre du travail. Je m'isole tout le temps. Parce que pour lire, il ne faut aucun bruit. Même pas de la musique ou sinon ça me déconcentre. Là aussi par contre, je pense avoir été addict de lecture. Dans les cinq années où j'ai arrêté de boire et de fumer, j'ai lu je ne sais combien de... A la longue je finissais par ne plus être moi mais devenir les personnages que je lisais. Etre complètement dans les livres et je n'arrivais plus à faire la différence entre la réalité et... C'est finalement voilà je m'en veux et c'est dans ces moments-là que j'ai des idées noires en me disant mais il va falloir en finir, c'est pas une vie. C'est pas facile, je

me plains pas mais... je pense que ça peut vous aider. J'ai l'impression que tout ce que je fais je deviens addict très vite, de choses que j'entreprends.

[...]

P C'est terrible les effets de l'alcool. Toutes les opportunités que j'ai eues, tout ce que j'ai raté, tout ce que je n'ai pas pu faire... J'ai beaucoup de chance de n'avoir tué personne en voiture, enfin je me rends compte quand même... J'en ai des gargouillis (*regarde son estomac en souriant*) tellement... c'est terrible de faire ce constat quoi. De se dire je suis passé... voilà. J'aurais 53 ans bientôt, je veux dire voilà, c'est une moitié de vie et quand je fais le bilan, alors je préfère ne pas faire le bilan parce que alors là, ça me donne envie de consommer. Voyez, je voudrais aussi pouvoir gommer certains éléments de mon passé. Finalement j'ai besoin vraiment d'une grosse gomme (*en souriant*).

[...]

P J'ai passé 5 années où j'étais vraiment bien. Où j'ai rencontré des gens intéressants, où effectivement, bah je m'appliquais plus dans mon travail. Oui, arrêter de boire, ça a été positif. Le problème, c'est que je suis incapable du haut de mes [50-54]ans, de me souvenir de ça au moment où je replonge. C'est ça qui est difficile...

[...]

Mais effectivement j'aimerais bien que les médecins demandent. Voilà vous venez pour l'alcool, mais voilà oui effectivement.

L Vous aimeriez bien qu'on fasse un repérage systématique ? Pour ne pas avoir à le dire de vous-même ?

P Peut-être pour pas avoir à le dire et peut-être pour être aidé plus tôt. Plus tôt alors maintenant, je ne sais pas si les médecins ont le droit de poser la question aux patients. Ca je ne sais pas moi. Mais normalement je pense que vous avez le droit de poser la question (*en riant*) !

Entretien 10 : Homme de 45-49ans, habite à la campagne, en couple

L Pouvez vous me raconter l'histoire de ces addictions.

P Le tabac par exemple j'ai commencé... 14-15ans. C'était lié à mon entourage, faire comme les autres. Tous les grands ils fumaient, tout le monde. Depuis j'ai jamais arrêté, jamais pensé, je sais pas pourquoi, j'ai pas trop réfléchi là-dessus. Le cannabis c'était venu plus tard. Vers 20 ans. Tout mon quartier fumait déjà moi j'étais contre mais... après ça dépend du milieu je pense social, du travail et tout... Moi, j'étais à X [nom de ville], dans les années 80-90. Et il y avait plus de 40% de chômage pour les moins de 20 ans donc... Le cannabis j'ai commencé à fumer. Après... je me suis rendu compte que c'était une valeur marchande. C'est plus parce que c'était aussi un débouché et que ça faisait de l'argent, que bah du coup c'était le produit que je vendais, donc c'était le produit que je consommais. Et puis ça nous calmait, on était extrêmement violent, extrêmement nerveux, j'ai toujours été et donc ça me calmait. Justement, j'avais pas besoin de prendre des médicaments contre le stress ou l'anxiété... Après on a mis très longtemps à arriver à ça [l'héroïne] mais c'est venu. [...]

Y'a un collègue à moi un de mes associés qui en prenait et puis qui me testait « ah ouais tu veux pas ! » qu'essayait de m'engrener. [...] Un jour il m'a fait fumer dans une cigarette parce que moi je voulais pas... l'héroïne c'était mal. Et c'était contre les principes des voyous que je fréquentais. J'aurais jamais dû tomber là-dedans. Et quand j'ai fumé dans une cigarette pour la première fois de

ma vie, j'ai senti que j'avais plus mal au dos et moi j'avais une malformation de naissance au dos là. J'ai des douleurs que jamais on m'a enlevé. On m'a donné de la cortisone, des tranquillisants, du Myolastan ça faisait jamais rien, ça faisait que aider à supporter mais... Et là, non seulement je sentais plus rien, je m'en foutais, mais j'étais euphorique !

[...]

P Parce que c'est vraiment une période aussi je crois. De... de... quand on est jeune à un certain âge, après c'est fini. La plupart de mes amis qui étaient toxicomanes à la seringue, je fais de la musique avec eux ils ont 50ans, ils ont arrêté il y a longtemps! Tous ceux qui ont de la force de caractère ils y arrivent.

L C'est associé à une période de la vie.

P Une période de la vie où là par contre, si on donne trop, si on est trop seul. Trop... Je crois là, c'est là que ça fait... On est pas tous égaux quoi.

L Où on est plus sensible ?

P Oui plus sensible. Bah ceux qui sortent de chez leurs parents ! Qui découvrent la vie. Y'a un moment où il se dit j'ai un appart, je peux faire la fête tous les soirs. Mais voilà, il y a la fête et la fête, enfin. Et c'est à ce moment-là qu'on est très fragile, oui je pense. Parce qu'après plus tard c'est différent. Soit vous êtes tombé sur quelqu'un qu'essaye vraiment de s'en sortir, soit c'est un toxico incurable et là... ça finira... Tous ceux qui sont autour de lui c'est pour eux que ça finira mal. Lui, il continuera à ... jusqu'à ce qu'il meurt. Ca j'en ai connu. Après il y a ceux qu'ils veulent s'en sortir, ils s'en sortent. Quand vous leur donnez la main et qu'ils s'en sont sorti une fois, ils reviennent pas dedans. C'est comme ça qu'on le voit. On dit chez nous entre nous, j'ai la force de replonger mais pas de ressortir à nouveau. Tu peux retourner c'est facile. Demain je me remets dedans, plus vite que vous en plus ! Parce que mon corps il a l'habitude, il oublie pas. Donc euh voilà. C'est le danger de tout ça. Et je me pose des questions sur les bi.... sur les multi-dépendances.

L Qu'est-ce que vous vous posez comme question ?

P Ah bah quelles sont les interactions ? Est-ce que tu peux vraiment arrêter ? Parce que est-ce que tu te rends pas compte qu'au bout de tant de temps c'est devenu un cocktail... ? Alors est-ce que ce cocktail il vaut mieux que tu le gères et qu'il soit au minimum et que ta vie soit pas ... que t'es plus dans l'urgence, que tu sois dans le bonheur quelque part. Plutôt que de te priver, d'être dans la déprime ou en voulant arrêter un truc, tu vas créer un effet de souffle, un appel d'air, un autre truc.

[...]

P Je crois qu'il y a un problème d'âme et de mal-être. Qui appellera toujours, comme je vous dit ça fait des appels d'air. Après il y a des gens qui combattent, qui luttent, qui... et d'autres qui se laissent aller. Et ça c'est dans votre entourage, c'est partout c'est... Je sais pas ça peut être des amis, des frères, des sœurs peu importe... La douleur de là (*montre son cœur*)...

L Qu'on essaye de soulager.

P Oui voilà voilà c'est ça c'est un puit sans fond. Alors il faut comprendre qu'à un moment donné on peut pas combler. On peut un peu s'aider, on boit un coup, deux coups, on fume un joint, on...

[...]

P Et puis l'héroïne non c'est fini. En tant que tel c'est fini je connais le milieu, le processus, le comment, donc non ! Mais ce manque, ce trou-là je l'ai toujours pas comblé. Enfin si je le comble là.

Je suis entrain de le faire. En faisant de la musique, en ayant une vie. Parce que quand même... plus vous vous tenez à l'écart, moins vous la côtoyez c'était vraiment le problème, le principal problème c'est l'héroïne. Après l'alcool... c'est un moindre problème dans le sens où je le vois ça a toujours été autour de moi, que ce soit mon oncle ou d'autres. Faut lever le pied à un moment donné tout le monde te le dis, la famille... « Tu picoles trop tu deviens con ».

[...]

P Voilà tout le monde lutte et fait... Dans mon entourage, y'a des gens qui me forcent pas à arrêter des choses. Qui m'ont connu avant et qui trouvent que bon... ils disent « t'y vas tranquille, quand tu le sens, petit à petit ». Après j'en ai d'autres qui me disent « Ca va, faut accélérer ». Ma femme. Elle a raison même. Faut arrêter... faut tendre vers... aucune addiction. Alors des clopes ça en est, le cannabis quand même c'est plus que des clopes. Et le Subutex®, j'aimerais bien arrêter. Après si j'arrive à gérer ma consommation d'alcool, j'essaierais même pas d'arrêter. Honnêtement, si j'arrive à un des deux. Et si j'arrive pas... bah je garderais le Sub', par exemple.

L Si vous arrêtez un des deux c'est-à-dire ?

P Bah ou j'arrête l'alcool, ou j'arrête le Subutex®. Complètement. Mais à un moment donné va falloir que je passe à une autre phase, je commence à avoir [45-49]ans.

Entretien 11 : Homme de 50-54 ans, habite en ville, célibataire

L Est-ce que vous pouvez me raconter quand a commencé votre consommation d'alcool ?

P Des deuils. Des séparations. Ca ça fait mal. J'ai perdu ma mère et puis... J'en ai toujours les photos derrière. Donc j'ai perdu ma mère ça a été très violent. Elle a été dialysée pendant 3ans donc euh... [...] C'était une peine, c'était dur. Et après quand je rentrais j'allais voir ma copine et puis bah quand ma mère est décédée ben ma copine m'a quitté donc j'ai eu des doubles effets. Ensuite j'ai mal géré la situation donc j'ai perdu mon permis. Et comme j'étais chauffeur livreur, bah j'ai perdu mon travail. Et puis, tout s'est un petit peu engendré quoi... Et après j'ai eu du mal à remonter voilà tout simplement. Après j'ai remonté, j'ai... Mais il a fallu du temps ! Après ben, tout s'est suivi, bon les années ont passé ! Je suis arrivé ici et puis une nouvelle vie qui devait se construire tout simplement. Maintenant je suis là depuis 2-3 ans bon ben en pensant que ça aurait été l'Eldorado ça met du temps... [...] C'est long, c'est un parcours du combattant, je suis fatigué... A [50-54] ans, on dit dans quoi on va se projeter ? Au niveau travail ça devient difficile. Au niveau activités physiques ça coince, c'est dur. Après on l'accepte.

L Parlez moi de votre consommation d'alcool pendant ces périodes-là ?

P Bah en chute, je le cache pas. Parfois non, parfois y'a pleins de choses qui m'intéressent, comme je vous disais le sport, la culture, tout m'intéresse. Bon parfois c'est plutôt si y'a des gens qui passent, même si j'ai pas d'alcool, y'en a toujours un qui va passer avec de l'alcool donc... Et puis ben on cherche tous, que ça soit moi ou que ça soit les autres, à se chercher de... comment on appelle ça, une échappatoire en fait [...] S'évader de quelque chose. Après je dis pas que c'est bien hein. Je sais que c'est pas bien. Mais bon c'est se cacher de quelque chose peut-être ? Se cacher puis bon ben une certaine peur qu'on veut masquer... Mais je sais bien que c'est pas bien. J'ai honte. J'ai honte de ce que je suis, j'ai honte de ce qui va pas, j'ai honte de ce que je ne peux pas contrôler.

[...]

L Qu'est-ce qui a fait que vous êtes allé consulter pour l'alcool ?

P En fait, c'est l'infirmière sociale qui m'embêtait « Mr P11 il faudrait aller au CMP » puis moi je dis « Ouais j'ai rien à faire là-dedans ! ». Et puis comme je suis quelqu'un de spontané, si on m'envoie moi j'y vais pas. Par contre, si ça me prend moi au bout de 15 jours après bah j'y vais. [...] Puis après elle me demande d'aller au CSAPA. Je dis « J'irai mais quand j'aurai envie ». Elle me pousse, elle me pousse, elle me pousse. Mais moi, j'avais pas envie. Et puis après 15 jours après, j'y vais de moi-même. Je prends rendez-vous et puis j'y vais. Et puis maintenant elle veut m'envoyer en post-cure. Alors ça je dis pas d'accord ! Y'a le championnat d'Europe, les courses de vélo, les jeux olympiques. Ouais c'est possible mais pas en ce moment. Et puis je suis pas encore trop atteint, c'est vrai je suis pas net mais je suis pas encore trop atteint. Je dis attendez, parce que je suis pas totalement con non plus, je lui dit « tous les gens que je connais ici qui sont revenus de cure, de post-cure, ils vont tenir pendant 15 jours et puis 15 jours après ils vont rechuter ». Que moi je peux calmer, comme je vous avez dit dératiser enfin c'est pas le mot mais... Je peux me calmer et puis non moi je m'en sortirais tout seul. [...] Après je dis pas que ce sera tout le temps comme ça j'aurais peut-être besoin d'aide un jour, ça... Ca j'en suis conscient aussi. Mais pour le moment je sais que je peux voir les choses. Après je sais pas si... je tiendrais tout le temps. Après j'aime pas trop qu'on m'indique les choses !

Entretien 12 : Femme de 40-44ans, habite en ville, divorcée

L Concernant les conséquences de l'alcool ?

P Ah bah ça va pas du tout ! C'est pour ça que j'ai pris un médecin ! C'est ridicule ! Non mais là faut que ça s'arrête absolument. En plus je perds du temps, je perds du temps ! Oh là là je pourrais faire plein de trucs le soir et au lieu de ça je suis devant mon verre de rosé là. Je suis ridicule... Ah non non non j'espère que ça va arrêter super vite. Je compte sur le Baclofène® même si je trouve que ça fait rien mais il paraît que ça met du temps à faire effet. Mais euh non non faut que ça s'arrête parce que j'ai des enfants, pour ma santé, je pense à ma santé aussi donc euh... j'aimerais arrêter l'alcool et puis après pfff si je continue à fumer un petit joint le soir c'est pas... Enfin je pense pas que ce soit très dangereux quoi. A la rigueur, je préférerais arrêter le tabac complètement. Et continuer à fumer un petit pétard le soir pour être détendue et puis avant de dormir quoi c'est tout.

[...]

P Il m'a jetée comme une merde, ses enfants avec. Donc ça a été un choc émotionnel énorme. Ce qui fait que même au bout d'un an j'y pense tous les soirs quoi, tellement j'ai la rage et je me dis « putain »... Mais je vais m'en sortir quand même. Il débourse pas un euro de sa poche pour m'aider pour les enfants [...]. Et du coup boire de l'alcool et fumer, ça me rend plus forte. Même si le lendemain matin, je me sens aussi forte mais... au moins le soir, je me dis j'ai un moment, en buvant et en fumant, un moment où je pense qu'à ça quoi ! (*accents guerriers*) Et je me remémore, je me remémore et tous les trucs. Je me dis que la roue elle va tourner et que voilà quoi j'aurais un peu de chance aussi...

[...]

P Alors là où j'ai vraiment dit il faut faire quelque chose, c'est à partir du mois de novembre dernier. J'ai pris rendez-vous chez un autre médecin que le mien qui m'a dirigé vers le réseau alcool. Donc j'ai vu une personne qui m'a suggéré de me faire hospitaliser pendant une semaine. Donc là j'ai dit que

c'est hors de question parce que personne n'est au courant dans mon entourage, j'ai mes enfants à m'occuper donc c'est pas possible. Donc elle m'a donné un traitement à faire pendant une semaine. Et j'ai commencé le vendredi soir. Elle m'a dit de commencer... Elle voulait que je prenne des jours de congés, tout ça... Je lui disais que c'était pas possible. Donc du coup le vendredi soir j'ai pris mes comprimés, le lendemain matin je me sentais toute bizarre, j'ai voulu prendre ma voiture pour faire des courses et emmener mon fils au foot... Je sentais que ça allait pas le faire donc j'ai pas continué. Alors je suis retournée la voir plusieurs fois, je lui ai demandé s'il y avait pas d'autres possibilités tout ça. Elle m'a dit « Non. Il faut passer par un sevrage automatiquement ». J'ai dit « Bah ca sera pas pour moi ». Donc du coup j'ai cherché sur internet des gens qui étaient comme moi.

[...]

J'ai vu un psychologue un jour. Parce que j'étais pas bien du tout, je venais d'accoucher de mon fils et en fait, il est né 2mois avant, un kilo machin. J'étais pas bien du tout et ils m'ont conseillé d'aller voir un psychologue. Oh quelle erreur ! Il m'a demandé mon chèque de 50 euros à la fin mais quand je lui ai dit que je fumais et que je buvais un peu de rosé le soir, il m'a dit qu'il pouvait rien faire pour moi ! On s'est presque fâchés hein, presque engueulés. Je suis repartie... Il m'a dit « Ah bah alors si vous fumez en plus et que vous buvez alors là... Commencez déjà par arrêter de boire et arrêter de fumer et on verra après vous reviendrez me voir ». J'ai dit « Oh bah non je pense pas que je vais revenir vous voir ».

[...]

L Si on vous proposait de tout sevrer en même temps, qu'est ce que vous en penseriez ?

P Ah j'aurais trop peur. Ah ouais j'aurais peur et puis en plus c'est pas possible. Déjà qu'on a dû mal à trouver un médicament pour sevrer de l'alcool, alors un truc qui nous sèvre tout ! Ouais, non, ça engagerait une hospitalisation d'au moins trois semaines (*en riant*) ! Et puis j'aurais peur de plus être moi-même après, tout lâcher d'un coup whaouh !

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES	N°
<p>RUTERANA Lise</p> <p>Co-addictions chez les patients suivis en médecine générale pour un mésusage d'alcool : une étude qualitative de leur problématique polyaddictive.</p> <p>51 pages Thèse Médecine : Rennes 1; 2016 ; N°</p>	
<p>Résumé :</p> <p>Méthode : Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs. Les critères d'inclusion étaient la présence d'un mésusage d'alcool associé à une ou plusieurs autres addictions.</p> <p>Résultats : Douze patients ont participé à cette étude. Ils utilisaient leurs addictions pour soulager un mal-être ou gérer les difficultés de leur vie quotidienne. Les liens entre leurs addictions étaient différents pour chaque patient avec de fréquentes associations comportementales et des phénomènes de renforcement positif et négatif. Les sujets établissaient une hiérarchisation de leurs conduites addictives qui aboutissait souvent à une priorisation des soins. Le fait de rechercher des co-addictions en consultation était bien vécu. Les sevrages multiples étaient souvent refusés en raison de stades motivationnels différents pour chaque addiction.</p> <p>Conclusion : Un travail motivationnel spécifique pour chaque addiction ainsi que l'aide à la résolution des causes psycho-sociales pourraient permettre un accompagnement efficace chez ces patients polyaddicts.</p>	
<p>Rubrique de classement: Addictologie</p>	
<p>Mots-clés : Alcoolisme, Comportements addictifs, Médecine générale, Etude qualitative</p> <p>Mots-clés anglais MESH: Alcoholism, Addictive behaviors, General practice, Qualitative study</p>	
<p>Jury :</p> <p>Président : M. le Professeur Romain MOIRAND</p> <p>Asseseurs : M. le Docteur Frédéric BEUNEUX [directeur de thèse] M. le Professeur Eric MENER M. le Docteur Gabriel ROBERT</p>	