



HAL
open science

Les proches des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool : Un angle mort de la surveillance du médecin généraliste ? Exploration des pratiques des médecins généralistes de L'Île de La Réunion

Dorian Madelaine

► **To cite this version:**

Dorian Madelaine. Les proches des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool : Un angle mort de la surveillance du médecin généraliste ? Exploration des pratiques des médecins généralistes de L'Île de La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03659807

HAL Id: dumas-03659807

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03659807>

Submitted on 5 May 2022

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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2022

N° : 2022LARE001M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Les proches des patients présentant un trouble de l'usage de
l'alcool : Un angle mort de la surveillance du médecin généraliste ?
Exploration des pratiques des médecins généralistes de L'Île de La
Réunion.**

Par Dorian Madelaine

JURY :

PRESIDENT :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco

ASSESEURS

Monsieur le Docteur Michel Spodenkiewicz : Rapporteur

Monsieur le Docteur Sébastien Leruste

Monsieur le Docteur René Viel

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Gaëtan Dugrosprez

1	Introduction	5
1.1	Les troubles de l'usage d'alcool à la Réunion	8
1.1.1	Ancrage culturel et historique	8
1.1.2	Facteurs favorisants	9
1.1.3	Statistiques locales	9
1.1.4	Représentation et considération.....	11
1.2	La famille Réunionnaise	12
1.2.1	Un modèle singulier.....	12
1.2.2	Être père à la Réunion	13
1.2.3	La place de la mère Réunionnaise	14
1.2.4	Un modèle en évolution	15
1.2.5	Des disparités sociales	16
1.3	Le retentissement familial et social proche des difficultés de consommation d'alcool d'un individu.....	16
1.3.1	Mécanismes de diffusion de la souffrance.....	16
1.3.2	De quoi souffre l'entourage ?.....	18
1.3.3	Les attentes des proches	20
1.3.4	La place du médecin généraliste.....	22
1.3.4.1	Un ambassadeur du soin dans la société civile	22
1.3.4.2	Quelles méthodes.....	23
1.3.4.3	Ses attentes.....	27
1.4	Mon chemin médical au contact de l'addictologie	28
1.5	Question de recherche :	32
1.6	Hypothèse :.....	32
1.7	Objectif :	32
2	Méthode :	33
2.1	Équipe de recherche et de réflexion	33
2.1.1	Caractéristiques personnelles	33
2.1.2	Relation avec les participants	34
2.2	Conception de l'étude	34
2.2.1	Cadre théorique	34
2.2.2	Sélection des participants.....	34
2.2.3	Contexte	35
2.2.4	Recueil des données.....	36

2.3	Analyse des résultats	37
2.3.1	Analyse des données	37
2.3.2	Rédaction des résultats	38
2.4	Aspects règlementaires et éthiques.....	38
3	Résultats	38
3.1	Population étudiée.....	39
3.2	A partir de souvenirs marquants une représentation commune émerge.....	39
3.3	Le rapport du médecin à la maladie	48
3.4	Ce qui caractérise le proche	63
3.5	La place du médecin généraliste, son positionnement aux côtés des proches.....	78
4	Discussion.....	100
4.1	Discussion de la méthode	100
4.2	Discussion des résultats	103
4.2.1	Un regard	103
4.2.2	Des connaissances	105
4.2.2.1	Connaissance du patient	105
4.2.2.2	Connaissance de l'existence d'un TUA et de la souffrance des proches	106
4.2.2.3	Connaissance de la prise en charge des proches et des ressources	107
4.2.2.4	Connaissances théoriques du sujet :.....	107
4.2.3	Des expériences	108
4.2.4	Des difficultés et des perspectives.....	109
4.2.5	Une posture	111
5	Conclusion :	112
6	Bibliographie.....	115
7	RESUME	119

ABREVIATIONS

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

AUDIT : Alcohol Use Disorders Test

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CMP : Centre Médico psychologique

CODAT : Codendency Assessment Tool

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

DT : Delirium Tremens

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation ou Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Pré-DT : Pré Delirium Tremens

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

Réseau OTE : Réseau d'Ouverture Thérapeutique et Educative

SAOME : Santé Addictions Outre-Mer

TUA : Trouble de l'Usage de l'Alcool

1 Introduction

En questionnant la prise en charge des proches de patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool j'ai voulu pousser les murs du prendre soin ou plutôt constater jusqu'où ils s'étiraient. Aucun défi n'est trop ambitieux pour notre discipline, nous devons être capables d'apporter une réponse médicale aux proches des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Mais depuis la naissance de l'alcoologie au XIXème siècle la prise en charge médicale des proches fait l'objet de moins de propositions et de recommandations que celle du buveur. Mon expérience et la revue de la littérature m'ont amené à soupçonner l'existence de cet angle mort de la prise en charge médicale ; Vide dans lequel le médecin généraliste, comme souvent, a sa place. De profondes divergences de représentations des TUA existent dans la communauté médicale ce qui n'empêche pas l'émergence d'un consensus fort concernant l'accompagnement nécessaire et la prise en charge des malades. Au contraire on observe une empathie largement partagée par les acteurs du soin concernant les proches malgré un défaut ressenti de recommandations scientifiques concernant leur prise en charge. En confrontant cette impression d'asymétrie aux expériences des médecins Réunionnais c'est la réalité locale que j'ai souhaité ressentir, décrire. Mieux comprendre pour permettre de parfaire ; C'est l'objectif en filigrane de cette thèse.

Le vent fait frémir les plumeaux sortis des champs de canne il y'a quelques semaines. Ils arborent des reflets violets et argentés. Il est temps. L'ouvrier agricole aiguise sa lame. Bientôt, dès les premières lueurs du jour il ira dans les champs, couper la canne. Les cachalots, le ventre plein, se trainent vers la pesée, étape préliminaire au traitement de la canne. Des ventres elle passe immédiatement aux entrailles d'usines, parfois vestige du temps longtemps. La magie s'opère alors. L'or, le véritable trésor de la Réunion, bien plus réel que le magot de La Buse, le sucre est produit.

La canne a créé les Antilles, la Réunion, Maurice, rassemblé leurs populations, forgé leurs cultures. La canne ne permet pas seulement de produire le sucre. Si c'est de loin son produit le plus rentable, il ne faut pas oublier le Rhum. Sa fabrication varie selon

sa provenance. Les antillais distillent le jus pressé tandis que les Réunionnais le fabriquent à partir de la mélasse. Ce savoir-faire est source de fierté, cela fait partie du patrimoine, un terroir se crée. Il en existe tant en métropole où la vigne domine, sa culture y étant élevée au rang d'art. Le cas des territoires créoles se caractérise par une logique de production locale à grande échelle, monopolisée, aidée, avec une distribution abondante et à des prix incomparables.

Aujourd'hui le rhum local côtoie des spiritueux exotiques comme le whiskey, qui en quelques années a su séduire les Réunionnais. Pour autant le rhum n'en reste pas moins populaire et surtout bon marché. Il s'agit de l'alcool le moins cher des rayons des plus ou moins grandes surfaces et des « boutiques ». Il est le seul à être vendu par bouteilles de plusieurs litres telles des nabuchodonosors de champagne. Oscillant entre 45 et 55 degrés et vendu à un prix dépassant rarement les dix euros le litre, cet alcool fait davantage penser à un produit de première nécessité qu'à un produit raffiné, fleuron d'un terroir singulier. Moyen de paiement, de divertissement, remède à tous maux, moyen de contrôle des masses. Le rhum avait sa place partout. Au travail, en société et à la maison. La question de la responsabilité individuelle de chacun face aux troubles de l'usage de l'alcool divise jusque dans les rangs des médecins. Néanmoins, force est de constater que les éléments nécessaires à son enracinement dans la population Réunionnaise étaient réunis et ce, depuis des siècles.

La prise en charge des patients présentant des difficultés en lien avec une substance addictive est un défi auquel se confronte chaque médecin généraliste. C'est un motif de consultation fréquent. Les addictions semblent toucher les français quels que soient leur lieu de vie, leur classe sociale, leur âge ou leur profession. Ce n'est pas l'apanage d'une seule frange de la population. Pourtant rares sont les pathologies marquées par un tel tabou social. Cet état de fait rend le travail du médecin délicat. Il sait que ce problème est fréquent et donc fortement présent dans sa patientèle, pourtant, en dehors des complications aiguës ou chroniques bruyantes, les troubles de l'usage de l'alcool parviennent à rester cachés. A lui alors de mettre en œuvre sa capacité à débusquer, à faire dire, à libérer la parole pour qu'une fois dans ce lieu intime, dans ce temps secret et singulier de la consultation, le patient puisse évoquer les problèmes qu'il rencontre.

L'individu ne peut être compris isolément tel une île perdue dans l'océan. Il doit être pensé comme appartenant à de multiples systèmes, constructions sociales plurielles, qui, par un jeu d'actions réciproques se transforment mutuellement. Ici comme ailleurs, c'est la famille qui entoure le plus intimement les Réunionnais. Chacun de ses membres influence la cohérence de l'ensemble. La famille Réunionnaise n'est pas dispersée. Elle est rattachée à une localité, un territoire. Nous pouvons zoomer et la rattacher à une ville à un quartier. Le plongeon n'est pas fini, nous pouvons l'associer à une rue, une maison. Une maison où plusieurs membres de différentes générations cohabitent sous le même toit, une maison où il n'est pas rare de rencontrer trois à quatre générations coexistant là. Les membres d'une famille sont ainsi reliés par une chaîne aux maillons solides, invisible, inconsciente, transmettant les comportements, les usages.

Peu de personnes peuvent entrer au sein de ces systèmes comme le peut le médecin généraliste, le « docteur traitant », le médecin de famille. Inscrit dans une localité il œuvre à la bonne santé d'un groupe d'individus, une patientèle dont beaucoup sont reliés par des liens de parenté. Le soin n'est pas restreint au seul patient, il bénéficie aux proches, à la communauté. Le médecin généraliste incarne une figure pivot accompagnant individu et société, se rendant sensible aux maux indicibles et se voulant capable de les panser. Dans la prise en charge des TUA penser l'individu dans sa globalité, dépasser l'horizon du seul buveur c'est voir une famille, un entourage impacté.

Cette thèse est une thèse de médecine générale, une spécialité médicale se situant à la confluence, au carrefour des différentes disciplines médicales. Le médecin généraliste organise, prescrit. Il guide, accompagne son patient sur un chemin qui lui est inconnu, aidé, soutenu par les autres acteurs du soins, confrères spécialistes, acteurs paramédicaux et sociaux formant un réseau capable de prendre soin de tous.

N'ayons pas peur d'enfoncer des portes ouvertes, cela n'est pas aisé. Si certains symptômes peuvent mettre en alerte l'esprit entraîné des médecins, d'autres sont moins aisément rattachables aux addictions et ne permettent pas d'identifier facilement le trouble addictif originel. La complexité augmente quand l'individu en souffrance ne présente pas lui-même des TUA. Système de représentation du patient, négligence, honte, qualité de la relation médecin-patient, les raisons pour lesquelles le patient ne pousse pas fréquemment la porte du cabinet pour parler spontanément

de ses addictions sont nombreuses et on peut expliquer de bien multiples manières, pourquoi le médecin généraliste ne décèle pas plus largement l'existence d'une addiction.

Donnons la parole aux médecins généralistes pour qu'ils nous éclairent sur leurs approches, leurs expériences de prise en charge de proches de personnes présentant des troubles de l'usage de l'alcool.

1.1 Les troubles de l'usage d'alcool à la Réunion.

1.1.1 Ancrage culturel et historique

La culture du café a fait la renommée de l'île Bourbon pendant de nombreuses années. Mais c'est une plante fragile, exigeante, ne supportant que trop peu les humeurs intempestives et tempétueuses du climat tropical austral. Cette culture fut donc remplacée par celle de la canne à sucre dès le début du 19^{ème} siècle. Sa rentabilité, déjà éprouvée aux caraïbes ne souffre d'aucune comparaison. L'esclavage puis l'exploitation légale des colonisés a permis l'essor de cette culture qui aujourd'hui encore occupe la majorité des surfaces cultivables de l'île. Si la majorité de la production de sucre et de rhum a pour vocation d'être exportée vers la métropole, une partie non négligeable approvisionne la consommation locale.

Ce spiritueux est fortement présent dans la culture réunionnaise (1), dans ses célébrations, ses deuils, le rhum est présent. Il a récompensé le travail de certains, il s'est fait instrument politique. Il semble jouir d'une aura positive, tant son usage semble universel. Saisissement, grippe, traumatisme léger, panacée à tous maux. Il intègre cette pharmacopée Réunionnaise dont l'héritage est valorisé. Plus ésotériquement, la rencontre de nombreuses cultures a créé ici, une mystique commune utilisant de façon rituelle le rhum. Pour certains (2) la liberté de consommer le rhum a été vécue, lors de l'abolition de l'esclavage, comme une manière de quitter le statut d'esclave en empruntant les usages des maîtres.

L'image positive du vin hissé au rang du sacré, accompagnant les cérémonies

chrétiennes et allégorie du Christ a longtemps banalisé si ce n'est valorisé sa consommation. Outre le lobbyisme, l'ancrage puissant, solide dans la culture d'une nation tout entière a compliqué les tentatives de prévention, de réglementation. Quelle est ici la représentation collective du rhum, de sa consommation, et des troubles que cela procure.

1.1.2 Facteurs favorisants

Les raisons de l'ancrage de l'alcool dans la culture Réunionnaise sont en partie historiques. Certains mettent en avant des particularités de consommation Réunionnaise pour expliquer le phénomène (3). Le Dr Mété, addictologue à la Réunion, parle ainsi du « boire rapide » dont on retrouve l'illustration dans les boutiques ou buvettes de l'île, ne disposant parfois ni de table ni de chaise. Les consommateurs ne disposent pas d'un lieu pour faire « durer » leur verre et ceux-ci s'additionnent rapidement. Le type même d'alcool, est selon le Dr Mété un élément péjoratif. Sa concentration en alcool oscille entre 40 et 55°. Il est largement consommé pur ou avec des fruits macérés. Le boire rapide rencontre donc le boire fort, une association dangereuse. Si les troubles de l'usage de l'alcool touchent des populations socialement hétéroclites, nous verrons que ses conséquences sont plus marquées dans les populations défavorisées qui sont très représentées à la Réunion.

1.1.3 Statistiques locales

Le Bulletin de santé publique alcool à la Réunion 2020 et le baromètre santé de 2014 (4) (5) présentent les statistiques sanitaires locales disponibles concernant la consommation d'alcool, sa répartition dans la population et ses conséquences. Ces statistiques dressent un tableau singulier montrant de nombreuses différences avec le modèle métropolitain. Un survol global de ces données ne permet pas de comprendre l'enjeu Réunionnais. Pourtant les TUA sont reconnus priorité régionale de santé publique depuis 1995. Il existe en effet un paradoxe. Les statistiques Réunionnaises nous apprennent que les taux de consommateurs quotidiens et le nombre d'alcoolisations ponctuelles importantes, toutes tranches d'âge confondues, sont inférieures aux métropolitains tout comme d'ailleurs la consommation moyenne par habitant. Pourtant la morbi mortalité est plus importante.

Le baromètre santé (4) publie des statistiques sur différents phénomènes de santé publique français. Depuis peu les départements d'outre-mer sont pris en compte et l'on bénéficie de données statistiques concernant la consommation Réunionnaise mises en perspectives avec les statistiques métropolitaines. En 2014, 1 Réunionnais sur 20 déclare consommer de l'alcool quotidiennement, ceci concernant trois fois plus d'hommes que de femmes (8,1% versus 2,5%). Cette proportion est plus importante en métropole notamment au vu de la consommation de vin mais une fois le vin mis à part, les buveurs quotidiens d'autres alcools sont plus fréquents à la Réunion.

Avec plus d'un tiers de Réunionnais consommateurs hebdomadaires d'alcool, les chiffres hexagonaux restent supérieurs avec toujours une large prédominance masculine. L'Île comptant près de deux fois moins de consommateurs réguliers de vin, cette différence s'efface encore ici lorsque ce sont les autres alcools qui sont pris en compte. Concernant la consommation excessive à risque d'alcool, les chiffres métropolitains sont également supérieurs aux données Réunionnaises.

Le sexe ratio Homme/Femme concernant la consommation quotidienne d'alcool est de 3, quant à la consommation chronique à risque, il s'élève à 4. Il est aussi important de noter que 4 hommes pour 1 femme connaissent plus de 3 ivresses dans l'année. Nous observons une asymétrie franche entre les comportements masculins et féminins qui tend à s'accroître à mesure que la régularité et la quantité d'alcool consommée augmentent. Notons pour compléter ces chiffres que 4435 des 5104 passages aux urgences pour intoxication éthylique aigüe concernaient des hommes en 2014.

Ces statistiques montrent un nombre moins important de consommateurs quotidiens et hebdomadaires à la Réunion. Si elles restent moins fréquentes sur l'Île, l'écart avec la métropole concernant les consommations excessives s'estompe. Il apparaît également que si les consommations régulières sont plus rares avec un usage à risque chronique moindre, les quantités ingérées, sont elles, plus importantes, notamment chez les personnes buvant régulièrement qui déclarent consommer en moyenne 36 verres hebdomadaires contre 26 en métropole. Notons également que globalement, la fréquence de consommation quotidienne d'alcool augmente avec l'âge : 4,1% des 31-45 ans consomment quotidiennement de l'alcool contre 8,7% des 46-60 ans.

Sur le plan des conséquences de l'alcoolisation, la Réunion fait partie des régions françaises où l'alcool est le plus responsable d'hospitalisations et le taux régional d'hospitalisation pour alcoolo-dépendances y est 2 fois plus élevé que le taux national. Sans surprise, Il existe une nette surmortalité masculine, en 2014 le taux standardisé de mortalité liée à l'alcool est 4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Et avec 42 décès pour 100 000 habitants dans notre région sur la période 2010-2012 il est 1,5 fois supérieur au taux métropolitain. En 2012, La Réunion est la 5ème région française la plus concernée par la mortalité prématurée par alcoolisme et cirrhose après le Nord-Pas-de-Calais, la Bretagne, la Picardie, la Haute Normandie. Le taux régional est près de 3 fois plus élevé dans l'île que sur le continent.

Selon l'enquête DRASS 1999/2000 la consommation d'alcool est plus forte chez les actifs (91 %) que chez les inactifs (75 %) (6) mais les données issues de la surveillance syndromique du réseau OSCOUR (Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences) (7) montrent une association significative entre les passages aux urgences et les jours de versements des minima sociaux.

Ce paradoxe que révèlent ces chiffres peut être expliqué par une forte représentation des consommations à risque dans une part réduite de la population Réunionnaise où la concentration des conséquences en termes de morbi mortalité est importante. En métropole ce phénomène est illustré par des statistiques qui semble-t-il ne sont pas disponibles à la Réunion : 10% des 18-75 ans boivent 58% du volume total d'alcool consommé.

Une autre statistique qu'il me semble opportun de présenter ici, est la forte prévalence du syndrome d'alcoolisation foétale sur l'île (8). Lorsque l'incidence mondiale de ce syndrome est évaluée à 1,9 pour mille ce taux est 2,3 fois supérieur à la Réunion.

1.1.4 Représentation et considération.

La « bonne » consommation d'alcool (2) répond à des critères culturels, sociaux, donnant du sens à certaines pratiques, les conformant à la norme. Si deux comportements différents peuvent sur le plan médical aboutir aux mêmes complications, ils ne seront pas perçus de la même manière par la population. Ainsi, il est considéré comme légitime pour le travailleur harassé par son labeur, de se détendre avec un verre d'alcool. L'unité de lieu, de temps, et de personnage laisse

l'homme travailleur chef de famille libre de boire en conservant son statut et tend à discriminer la femme consommatrice. Cet ordre moral qui légitime des conduites dangereuses et en stigmatise d'autres participe aux sentiments de normalité voire d'impunité mais aussi de honte. Cette honte impacterait surtout la famille et les enfants d'autant plus si le TUA concerne une femme.

1.2 La famille Réunionnaise

Quel est le modèle familial Réunionnais ? Le comprendre, peut-il nous aider à mieux définir les enjeux de la prise en charge des proches du buveur ?

1.2.1 Un modèle singulier

Les dix noms de familles les plus répandus sur l'île de la Réunion regroupent à eux seuls 153 543 personnes soit près de 18% de la population. La notion d'appartenance à une famille est forte, et lorsque nous nous présentons il n'est pas rare que notre interlocuteur cherche à comprendre à quelle famille nous appartenons : « Payet, de Sainte-Marie ou de saint Denis ? ». Inextensible, escarpée, isolée, cette île du bout du monde marque les Hommes qui la peuplent. L'Urbanisation récente tend à désenclaver des zones rurales qui, malgré des distances à vol d'oiseau dérisoires, ont été longtemps marquées par l'isolement. Symbole de l'autarcie, les cirques Réunionnais, Cilaos, Mafate et Salazie ont accueilli des populations en quête d'espace et de liberté les protégeant et les isolant à la fois du monde extérieur. Cela a pu favoriser, à Cilaos par exemple, l'émergence de pathologies génétiques rares.

Le relief a créé ici des microclimats multiples et autant de microcosmes culturels. La langue elle-même est le reflet de cet ancrage local. Si le créole relie le peuple Réunionnais, il connaît des variations selon la latitude et l'altitude. De plus Il s'agit d'un département fortement peuplé (9). Avec une densité de 340 habitants par kilomètre carré (contre 107 pour la moyenne métropolitaine) la Réunion est le treizième département français en termes de densité de population.

Des noms, une langue, des espaces, une histoire, des traumatismes également (Esclavage, Engagisme, Enfants de la Creuse, cyclones) autant de liens liant les Réunionnais et les faisant peuple. Impossible ici de ne pas évoquer les religions. Dans ce lieu particulier les croyances se mêlent et parviennent à réunir dans la foi et une

apparente tolérance, des habitants marqués par la diversité ethnique en transcendant les barrières confessionnelles. Cette tolérance affichée, cette cohabitation dite heureuse, la fusion des cultes, font la fierté des Réunionnais. Ici et bien plus naturellement qu'en métropole, les vibrations des tamtams tamoules font écho à l'appel du muézin et toute l'île résonne du son des cloches catholiques. Plusieurs religions sont parfois présentes au sein d'une même famille, il est néanmoins plus fréquent qu'une famille soit unie dans un culte. Cependant il est possible de définir un axe commun, une créolité, reliant les communautés et créant l'identité Réunionnaise, une transversalité métisse.

Par un jeu d'actions réciproques les membres de ces familles dessinent un héritage commun qui se transmet verticalement de manière transgénérationnelle et horizontalement. La famille est un espace où des jeux d'influences sur fond de rapports de forces s'installent. C'est un lieu où plus qu'ailleurs les actes de chacun s'imposent aux autres, parfois quotidiennement. Espace de liberté ou carcan ? Sans doute les deux à la fois. En tous cas elle s'impose à ses membres qui doivent faire un effort au risque de l'isolement pour s'en émanciper, s'en extraire.

Les difficultés de consommation d'alcool entraînent des conséquences multiples. Personnelles, l'alcool afflige le corps du buveur de stigmates profondes qui lorsqu'elles deviennent visibles de tous, discriminent le buveur. Collectives, elles plongent l'individu et ses proches dans des complications sociales où, ruine, conflits, désinsertion et problématiques judiciaires peuvent se succéder. Victime dépossédée de toute initiative, privée de liberté d'action ou co-acteur complice de la déchéance ? Le proche a un fonctionnement complexe et il n'est pas neutre.

Traitant de l'entourage des patients présentant des TUA à la Réunion il est important de comprendre la cellule familiale locale. Nous avons vu qu'il existait une forte asymétrie Homme/Femme concernant les difficultés de consommation d'alcool. Quels rôles tiennent les femmes, les hommes et les enfants Réunionnais au sein de leur famille ?

1.2.2 Être père à la Réunion

Dans « L'être père à la Réunion : réflexions théoriques. Approche ethnopsychanalytique », David Gaulois (10) nous présente un père plutôt en périphérie

des « affaires » familiales. Son rôle dans l'éducation des enfants ne semble pas central. Pourtant, cette « discrétion » n'empêche pas les violences intrafamiliales dont il est majoritairement l'auteur. Cette propension à la violence serait pour l'auteur un héritage colonial tant la domination par la violence et l'oppression se sont installées pendant plusieurs siècles comme modèle principal de société. Dans ce contexte la tâche éducative incombe à la mère, à la grand-mère, dans ce qu'il convient d'appeler un modèle de transmission maternelle. En menant une enquête auprès de 1808 jeunes lycéens, Cambefort ,en 1990,(11) montre que 80,5 % des élèves interrogés ont une image négative du père ou du beau-père . Un biais cependant est avancé. Les lycéens interrogés sont dans une filière professionnelle qui tend à accueillir en plus grande proportion des élèves aux parcours scolaires difficiles avec des contextes familiaux souvent compliqués.

Ce modèle connaît des évolutions sous l'impulsion notamment des figures paternelles plus occidentales pour ne pas dire modernes, diffusées dans les médias et les arts (12). Cette mutation serait responsable de perte de repères générant des difficultés d'identification. L'Homme Réunionnais semble chercher sa place au sein du groupe familial.

1.2.3 La place de la mère Réunionnaise

Cette place du père, observateur satellite est-elle de son seul fait où alors y est-il contraint ? Selon certains auteurs la matrifocalité s'impose à eux et peut créer un manque chez le père (11)(12). Ce modèle où la famille se forme d'abord autour des femmes et où l'homme est souvent passager est fréquent aux Antilles et à la Réunion. Ce rôle familial central de la femme épouse, mère, grand-mère ne diffuse pas en dehors du logis où sexisme et discriminations sont solidement installés. Les antillais appellent parfois la mère le « Potomitan », le support central de la bâtisse, mais cette position est statique et confère au confinement. Direction familiale n'est pas synonyme d'autonomie. Aujourd'hui, si les chiffres du chômage ne sont (comme ailleurs) pas à l'avantage des femmes, les choses changent et l'autonomisation des femmes est une direction empruntée progressivement.

1.2.4 Un modèle en évolution

Le modèle familial Réunionnais connaît une mutation débutée au XXème siècle marquée par l'urbanisation et une diminution importante de la proportion des familles nombreuses (12). Pour la génération des femmes nées entre 60 et 69 la moitié a deux enfants ou moins ce qui crée une véritable rupture avec les générations antérieures, où les femmes nées entre 1930 et 1939 avaient pour près de 75% d'entre elles des familles avec trois enfants et plus. Cette tendance tend à se poursuivre actuellement exception faite des femmes les moins diplômées des générations les plus récentes. Le taux de jeunes mères est particulièrement élevé à la Réunion bien plus qu'en métropole, certains avancent l'accès à la reconnaissance sociale par l'acquisition du statut de mère pour comprendre en partie ce phénomène. Concernant la génération 1980-1989, 23% des femmes Réunionnaises avaient au moins un enfant à 20 ans. Les maternités précoces et répétées sont évaluées à 9% des femmes Réunionnaises alors que les chiffres métropolitains sont bien moindres. On retrouve une scolarité défailante et une absence de diplômes comme points communs aux mères jeunes et aux mères de familles nombreuses.

Seul un sixième des jeunes Réunionnais vivrait en famille monoparentale la totalité de son enfance même si la proportion de familles monoparentales semble augmenter progressivement. Le couple semble donc être le socle de la famille et cela reste vrai pour le cas des mères jeunes avec 50% des naissances précoces se produisant au sein d'un « couple cohabitant déclaré ». Cela ne permet pas pour autant d'éviter la précarité qui semble toucher largement ces couples avec une absence de revenus déclarés pour 50% d'entre eux. Le manque de perspectives économiques des jeunes a fait apparaître une nouveauté, l'augmentation des jeunes hommes de moins de trente ans vivant chez leurs parents. Les jeunes femmes de la même génération peuvent quant à elles « s'émanciper » du foyer parental soit par le mariage soit par la maternité et les aides en termes de logement social qui leurs sont alors accessibles.

Les foyers voyant cohabiter trois générations ou plus sont de moins en moins fréquents à la Réunion mais cela n'empêche pas une grande proximité des membres de la famille qui vivent parfois dans le même quartier voire le même pâté de maisons.

Le modèle social Réunionnais est le fruit de déterminismes historiques et géographiques, il s'est mis en place à distance du continent ce qui le rend singulier.

L'époque actuelle est différente, les changements s'opèrent et s'accélèrent, pourtant la famille Réunionnaise n'est pas la famille métropolitaine. Des différences il y en a. Nous avons vu une place du père différente moins centrale et critiquée. Des femmes piliers parfois isolées, jeunes et précaires. Des familles géographiquement proches, regroupées, aux interactions soutenues. Des jeunes hommes cohabitant avec leurs parents.

1.2.5 Des disparités sociales

Les chiffres publiés par la CAF permettent de montrer la fragilité économique de nombreux foyers Réunionnais, notamment les familles monoparentales (13). A la Réunion, 34% des allocataires (contre 16% en France métropolitaine) dépendent entièrement de ces aides, 37% sont des familles, largement monoparentales (30%). Près de 56 % des 155 871 foyers allocataires Réunionnais dont la moitié sont des familles, vivent sous le seuil de bas revenu défini à 1096 euros mensuels. Pour comparaison le niveau national est de 33%.

1.3 Le retentissement familial et social proche des difficultés de consommation d'alcool d'un individu

1.3.1 Mécanismes de diffusion de la souffrance

Comment expliquer la diffusion des conséquences des troubles de l'usage de l'alcool au sein de la famille ? Si l'alcool facilite des comportements violents, tous les patients présentant des TUA ne sont pas forcément violents ni maltraitants. Sans cette domination physique ou psychologique, comment le malade influence-t-il son entourage proche ?

Les thérapies systémiques observent l'influence du groupe et du contexte social sur l'individu pour le comprendre dans sa globalité (14). Cette discipline définit le système familial comme un ensemble d'éléments en interactions réciproques, une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres. Ce système tend à être stabilisé par le phénomène « d'homéostasie familiale », que Jackson (15) décrit comme une adaptation dynamique continue. Le comportement problématique

d'un des membres de la famille va être inclus dans un fonctionnement global jugé acceptable, aux règles tacites permettant la pérennité de la cellule familiale. Il remarque que ces règles sont d'autant plus rigides que le comportement problématique est source de troubles.

Dans le cas des troubles de l'usage de l'alcool le phénomène de codépendance ou coalcoolisme ou coaddiction théorise le lien entre le malade et son entourage. Le proche agit dans un but de stabilisation relationnelle avec le buveur intégrant les troubles d'usage de l'alcool dans le fonctionnement du groupe (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22)(23)(24). Ce fonctionnement permet la diffusion des conséquences des troubles de l'usage de l'alcool ne les résolvant pas et est souvent source d'épuisement de l'entourage. Ce processus touche plus particulièrement le partenaire de la personne alcoolique, surtout les femmes, mais peut aussi concerner les parents, enfants, amis ou collègues de travail. Le proche ne se considère pas comme étant responsable de sa propre souffrance, s'il souffre c'est le seul fait du buveur. Son salut ne passe que par la fuite de la situation ou par le sacerdoce qu'est l'accompagnement dévoué du malade vers l'abstinence. La maîtrise ou l'arrêt de la consommation d'alcool incombent au seul buveur mais le proche pour qui il est difficile d'accepter que la dépendance soit bien une maladie peut être obsédé par l'abstinence du malade. Cette pathologie par un mécanisme figuré de contagion devient la sienne. Mais l'ampleur du travail est titanesque et son approche est biaisée rendant les efforts du proche vains, cette confrontation brutale et répétée à l'échec renforce paradoxalement une implication compulsive néfaste. Des sentiments d'impuissance, de dépersonnalisation, de honte se succèdent et accablent les proches qui peuvent se sentir responsables de la poursuite de consommation du malade. Ces sentiments sont amplifiés par la honte sociale et les reproches. (16)

Mais le besoin de contrôle persiste et s'il ne peut convaincre ou faire accéder le buveur à une abstinence pérenne le proche va alors tenter de masquer, gommer les répercussions sociales (18). Il va également tenter de contrôler physiquement la consommation d'alcool. Compter les bouteilles, en vérifier les niveaux, accompagner le buveur sur ses lieux de boissons pour y surveiller ses consommations. User d'alibis auprès des proches pour décliner des invitations, excuser des comportements déplacés ou un absentéisme au travail. Par ces comportements la proche tente de colmater des brèches béantes, de maintenir une cohésion sociale, l'homéostasie

familiale. D'une part cela n'aide pas le buveur, c'est paradoxal mais le protéger des conséquences de ses actes peut ralentir une prise de conscience salvatrice. Ensuite cela est responsable de difficultés d'identification pour le proche. Il ne se définit plus que comme accompagnant, responsable d'un individu adulte infantilisé, son identité se déconstruit. Toujours pour maintenir un équilibre idéalisé les proches endossent des responsabilités qui incombaient au buveur ce qui peut les amener à l'épuisement. Alors qu'il personnalise souvent les souffrances familiales, l'alcool peut devenir un élément liant cette famille, se substituant au buveur qui s'efface faute de pouvoir assurer un quelconque rôle. L'alcool s'intègre dans l'identité de groupe et participe paradoxalement à sa stabilité.

Une aide extérieure, différente, s'appuyant sur d'autres concepts peut être mal perçue par l'entourage. Il n'est pas rare de voir comme le retour au sein du foyer après un séjour en centre de désintoxication peut mettre en branle le fonctionnement familial. Cela confronte de nouveau les proches à leur échec, rendu amer par le succès d'individus étrangers au groupe. Les efforts des proches deviennent superflus. Leur nouvelle identité qui a mis tant de temps à se construire devient obsolète dans l'indifférence générale. Ce phénomène est accentué notamment lorsque le proche n'a pas été considéré dans le processus de sevrage. Comprendre ces mécanismes complexes est utile pour que le médecin généraliste puisse intervenir efficacement auprès des proches dans un contexte de sevrage ou non. (23)

1.3.2 De quoi souffre l'entourage ?

Le temps passé à boire sélectionne les compagnons et laisse sur le côté bon nombre de personnes. La restriction des contacts vers un entourage partageant les mêmes troubles resserre l'horizon du malade et crée une nouvelle norme. Pourtant, avant d'atteindre la désinsertion totale l'entourage proche accompagne longtemps le buveur, le suivant dans la spirale de l'addiction. L'emploi s'il existe est fragilisé, lorsqu'il n'existe pas sa perspective s'éloigne. La sécurité financière se fragilise quand les frais de consommation persistent et s'aggravent. De membre solide d'un groupe familial qu'il supporte, l'individu peut, par ses difficultés de consommation d'alcool, devenir fardeau (25) voire bourreau. Par leur proximité affective et géographique certains proches se sentent absorbés dans ce parcours chaotique. Le fardeau ressenti par les proches est complexe et ne saurait se résumer à une simple diffusion des souffrances

par contiguïté. On peut retrouver une perte de confiance en soi, des troubles de l'humeur, un repli menant à l'isolement social, des troubles psychosomatiques également. Il a été retrouvé une augmentation du recours aux soins médicaux. Parfois un absentéisme professionnel anormalement élevé (14).

Il est difficile de comprendre combien sont touchés par les difficultés de consommation d'alcool d'une personne. Selon certains auteurs le nombre moyen d'individus impactés par l'addiction à l'alcool d'un proche serait de quatre (26). Pour évaluer ce fardeau, une étude française de 2013 (25) a créé un parallèle entre la souffrance des proches accompagnant un parent dépendant dément ou atteint de pathologie chronique grave et la situation des proches du buveur. Un outil sous la forme d'une échelle, l'échelle de Zarit ou « inventaire du fardeau » permet en 22 questions de créer un score permettant d'évaluer la charge que représente le patient dépendant pour les aidants. Cette échelle a été utilisée auprès de proches de patients présentant des TUA et à travers les résultats de cette étude c'est le fardeau réel des proches qui se dessine et devient objectif. Les scores de fardeau moyens issus de la participation de proches de patients ayant un TUA sont équivalents et parfois supérieurs à ceux provenant de proches de patients souffrant de pathologies chroniques à forte morbidité. Pourtant, même les patients à plus haut score de fardeau qui présentaient un retentissement psychique sévère avec anxiété et dépression ne bénéficiaient pas en majorité d'un suivi psychologique.

La notion de fardeau renvoie à l'obligation, au devoir. On imagine le sentiment d'obligation qu'une épouse, qu'un mari ou qu'une sœur peut éprouver mais le sentiment d'injustice augmente lorsque nous songeons aux enfants. Au vu de la grande prévalence des difficultés de consommation d'alcool dans la population générale adulte, le nombre d'enfants subissant l'addiction d'un proche adulte est conséquent. Un à deux enfants sur dix seraient confrontés au TUA de leur parent, en majorité celui du père (3/4 des cas). (27)

Nous avons vu que malgré un changement progressif des mœurs familiales, la mère reste la figure éducative principale avec un père pouvant sembler plus souvent en retrait. Il est aussi bien plus largement le membre présentant des difficultés de consommation d'alcool au sein de la famille. Néanmoins, ce retrait supposé ne protège pas l'enfant de la honte, de la culpabilité et de l'insécurité qui l'accompagnent quotidiennement. (27) Pour ces jeunes, dessinant continuellement les contours d'une

norme contextuelle mouvante au contact des figures d'autorité de leur entourage, la fréquentation d'une personne rencontrant des difficultés de consommation d'alcool peut avoir des conséquences graves. Ainsi ils présentent plus fréquemment des troubles du comportement, des troubles émotionnels avec des difficultés d'adaptation (27) (28). Ils connaissent malheureusement plus souvent que les autres l'échec scolaire. Il existe des conséquences immédiates telle la maltraitance physique comme psychique, la négligence. A plus moyen terme des mécanismes de parentalisation apparaissent, propulsant malgré lui l'enfant dans une maturité anachronique néfaste.

Si l'alcool est à l'origine de nombreuses difficultés pour eux, cela ne les prémunit pas pour autant, bien au contraire, des troubles de consommation d'alcool. Ils sont en effet plus susceptibles d'en déclarer que le reste de la population générale, répétant alors un schéma, un cercle vicieux reliant générations après générations une multitude d'individus en souffrance par une chaîne invisible aux maillons solides.

Les Femmes sont également des victimes fréquentes des violences infligées par les personnes présentant un TUA (29). L'étude « Femmes et hommes face à la violence » publiée en 2013, par L'INSEE nous éclaire sur la répartition des violences. Elles touchent tous les milieux mais sont plus fréquentes au sein des couples ayant un bas niveau scolaire. Lorsqu'elles se font sous l'emprise de l'alcool c'est au sein des foyers les plus précaires (30) (31). Selon Elizabeth Brown(32), une des responsables de l'ENVEFF en Outre-mer9 : « *Outre-mer, la fréquente proximité résidentielle, voire la cohabitation, avec la famille d'un des conjoints, exacerbe les violences conjugales en accroissant le contrôle exercé sur les femmes, doublé d'un chantage à propos des enfants: souvent chargées d'une part importante des tâches domestiques et étroitement surveillées, toujours critiquées, les jeunes mères ne peuvent quitter leur conjoint sous peine d'être séparées de leurs enfants. Par ailleurs, la consommation abusive d'alcool du conjoint mais aussi de la femme, y apparaît encore plus liée à l'accroissement des agressions que dans l'hexagone* ».

1.3.3 Les attentes des proches

Quelles sont les attentes des proches ? Leurs espoirs concernent le sevrage du buveur ou leur propre sécurité et bien être ? Selon les auteurs de « les enfants et l'alcoolisme parental. La question de la transmission et l'apport de la fratrie comme modèle thérapeutique » la majorité des parents présentant des TUA regrettent les

souffrances que leur maladie inflige à leurs enfants et Ils souhaitent que ceux-ci soient aidés. (33) Quand les enfants grandissent ils expriment un besoin d'information, la crainte de la reproduction des TUA les inquiète. Ils sont également en demande de prise en charge du parent buveur et veulent être informés sur la pathologie pour pouvoir l'accompagner. Leur souffrance propre est laissée, selon les auteurs, au second plan.

Charlotte Thienpont dans « prise en charge par le médecin généraliste de l'entourage du patient alcoolodépendant : évaluation des attentes de l'entourage » (34) questionne les attentes de l'entourage. Si la majorité des participants souhaitent bénéficier d'une meilleure information sur les TUA et sur les comportements spécifiques de leur proche buveur, ou bénéficier d'outils d'aide et de supports d'information, ou encore que le buveur puisse être orienté vers un addictologue ou un psychologue, Ils sont également en majorité demandeur d'une aide spécifique pour eux-mêmes. Plus globalement ils espèrent un meilleur dépistage de la part des médecins généralistes et sont favorables au questionnement systématique des patients sur l'existence de TUA dans leur entourage. Cette attente en termes de dépistage se retrouve fortement chez les patientes victimes de violences sexuelles qui souhaitent que la question de ces violences soit posée systématiquement par le médecin généraliste. Ces proches aimeraient bénéficier d'une écoute attentive, d'un soutien de la part de leur médecin. Enfin la majorité aimerait une meilleure prise en charge des enfants.

C'est un système éminemment complexe que nous dessinons ici et qui pose la question du positionnement du soin. Le changement de focale quant au sujet du soin qui peut sembler contre intuitif et le rôle plus complexe de l'entourage sont des modifications importantes. Ce changement de paradigme semble nécessaire d'une part à l'accompagnement du buveur mais aussi pour ne pas dire surtout à l'émancipation du proche.

Cette prise de conscience veut amener le proche à changer de comportement vis-à-vis du buveur. S'il a été décrit qu'initialement ce changement de posture peut entraîner une majoration des difficultés du buveur (par arrêt des stratégies de protection et de contrôle), à terme cela augmente les chances de sevrage. Du côté du proche cela produit une « désimplication » une sorte de « repersonnalisation », une réappropriation de sa personne, de son temps et de son attention. Les sentiments de culpabilité diminuent, l'épuisement s'estompe.

Cependant il semble difficile d'opérer chez le proche ce changement de comportement tant il remet en question tout un mode de représentation et de compréhension. Qui doit être l'acteur privilégié de ce changement de posture ? Le médecin généraliste a toute sa place dans ce cheminement. De par sa posture de pivot dans le parcours de soin, et en tant que figure familière à la fois pour le patient buveur que pour l'entourage il est le professionnel de santé le plus susceptible d'assurer un suivi long et intime nécessaire à l'épanouissement de ses patients. Encore faut-il qu'il soit sensibilisé à cette complexité qui ne se révèle pas immédiatement et qu'il bénéficie de méthodes, d'outils de prise en charge.

1.3.4 La place du médecin généraliste

1.3.4.1 Un ambassadeur du soin dans la société civile

La place du médecin généraliste n'est pas figée. Selon les objectifs d'une prise en charge son rôle s'adapte. Il se situe souvent à l'interface de plusieurs systèmes, permettant une communication entre différents milieux. Il apporte la méthode scientifique aux patients en s'adaptant à leur demande guidée notamment par des objectifs sociétaux contextuels. Il n'est ni complètement scientifique ni politique ni philosophe ni acteur social. Il est tout à la fois. Il est aussi le reflet d'une époque et de son mode de pensée. C'est également à un carrefour, celui de la médecine, de la psychiatrie, de la sociologie et de la psychologie qu'au vingtième siècle Pierre Fouquet place l'alcoologie, discipline qu'il définit en faisant du buveur un malade. (35)

Si la médecine est au service de l'humain, la place laissée à l'autodétermination du patient évolue. Le modèle actuel veut respecter au mieux la liberté de choix du patient. Parce qu'il suit ses patients dans le temps, parce qu'il rentre dans les cercles familiaux, les maisons. Parce qu'il voit grandir, vieillir, changer, évoluer ses patients. Grâce à la confiance qu'il acquiert aussi, le médecin généraliste est celui qui peut, à force de sondage, d'écoute et de temps, s'approcher le plus près de la volonté de ses patients. Pourtant, le patient reste souvent un inconnu familier. Prévenir, dépister, traiter, accompagner il le fait au sein d'un réseau où il prend la place d'un pivot organisateur mobilisant à la fois des ressources techniques, humaines, institutionnelles.

Nous comprenons que la souffrance de l'entourage dans le contexte des tua d'un proche est source d'attentes. Sur le plan politique les troubles de l'usage de l'alcool

font l'objet de toutes les attentions et leur gestion représente une priorité sanitaire. Qu'en est-il des recommandations médicales, des outils à la disposition des praticiens généralistes permettant l'accompagnement des proches ?

1.3.4.2 *Quelles méthodes*

Dans le domaine des troubles de l'usage de l'alcool force est de constater que les outils et méthodes à disposition des médecins généralistes concernent principalement la prévention et le dépistage des conduites addictives. Les ressources dédiées à l'entourage sont moins nombreuses et moins connues des praticiens.

La prévention des troubles de l'usage de l'alcool est un axe d'exercice privilégié en addictologie. Le médecin y est particulièrement sensibilisé. Des populations particulièrement vulnérables pour lesquelles les enjeux sanitaires sont importants sont décrites comme les adolescents, les jeunes adultes, les femmes ayant un désir de grossesse. Pour atteindre ces populations que le médecin généraliste reçoit quotidiennement, le praticien peut s'aider de campagnes de sensibilisation, de slogans, d'images, de chiffres. La systématisation du discours préventif est d'ailleurs encouragée. Bien que l'attention portée à l'entourage des buveurs grandisse elle ne bénéficie pas pour l'instant d'une culture de prévention comparable.

Le dépistage des troubles de l'usage de l'alcool est également promu. Pour le généraliser, le médecin généraliste bénéficie de différents outils, autant d'axes s'adaptant à la situation. Le questionnement direct systématique aidé de questionnaires (DETA/AUDIT/FACE) participe à déceler des troubles que le patient peut méconnaître en toute bonne foi (selon sa représentation culturelle individuelle d'une consommation dite « normale » d'alcool). Des campagnes de dépistage s'installent dans l'espace public parfois sous la forme de brochures et questionnaires largement diffusées. Des efforts de communication et d'éducation permettent de lutter contre le tabou social des troubles de l'usage de l'alcool. Le médecin généraliste est sensibilisé, dès l'interrogatoire et selon le motif de consultation à déceler, rechercher un trouble de l'usage de l'alcool qui ne serait pas clairement verbalisé par le patient. Cette attention se poursuit lors de l'examen clinique au cours duquel le praticien est attentif aux signes d'exogénose chronique. Si besoin, les suspicions du médecin généraliste peuvent l'amener à prescrire des examens complémentaires qui poursuivront la recherche des stigmates alcooliques.

Une fois le trouble de l'usage diagnostiqué il conviendra de proposer une prise en charge au patient parfois en commençant par une exploration du retentissement physique à l'aide d'examen complémentaires par exemple et du retentissement socio professionnel pouvant également être guidé par des questionnaires dédiés.

La démarche thérapeutique sera adaptée et initiée selon la motivation et l'adhésion du patient recherchées notamment lors d'entretiens motivationnels. La prise en charge peut être menée par le médecin généraliste seul qui peut s'aider de la méthodologie de l'intervention brève par exemple. Le médecin généraliste peut également faire bénéficier son patient d'un réseau de prise en charge addictologique, ils sont largement répartis en France et se composent de médecins généralistes et spécialistes libéraux ou hospitaliers pouvant collaborer avec des acteurs paramédicaux tels infirmiers, psychologues, assistants sociaux et éducateurs souvent réunis au sein de structures publiques. A la Réunion l'Association Addiction France anciennement ANPAA et le réseau OTE (réseau d'ouverture thérapeutique et éducative ville/hôpital 974) proposent un réseau local d'accueil et d'accompagnement des patients présentant un TUA. Les patients sont accueillis au sein de CSAPA (centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie) de CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue) et pour les plus jeunes dans les CJC (consultations jeune consommateurs). Ces centres sont répartis sur l'Île, un annuaire pratique ainsi qu'une cartographie sont proposés par le réseau SAOME (Santé addiction Outre-Mer) et le site repère.re permet aux acteurs du soin et au public de connaître et joindre ces ressources. Si l'état de santé du patient requiert une hospitalisation des cures peuvent être organisées et l'aide au sevrage peut se poursuivre dans le cadre de post cures. Des structures associatives réunissant des personnes présentant des troubles de l'usage de l'alcool et des acteurs associatifs proposent des espaces d'échange et de soutien, on peut citer ici l'association Les Alcooliques Anonymes, les maillons de l'espoir, l'association ANCRE (association d'accompagnement et suivi des personnes en difficultés avec les addictions) l'association RESA (renaître sans alcool) ou encore l'association vie libre. Le médecin généraliste dispose également de traitements médicamenteux à visée antabuse, ou anxiolytique, pour faciliter le sevrage et en prévenir les troubles physiques et psychiques.

La société française d'alcoologie (36)(37), fait de l'implication des proches, un axe fondamental favorisant le succès du sevrage et la meilleure compréhension des souffrances et attentes de l'entourage. Le proche peut assister aux consultations avec le buveur que ce soit chez le généraliste ou chez le spécialiste et il peut également être reçu indépendamment du buveur. Cela permet une meilleure compréhension de la maladie ainsi que des processus de coalcoolisme et cela est également bénéfique pour le buveur et son entourage. Selon la thèse de Charlotte Thiepoint (34) cela fait d'ailleurs partie des attentes les plus importantes des proches. Mais il n'est pas forcément naturel pour l'entourage de s'inclure dans le processus de prise en charge addictologique. L'entourage peut tenir responsable le buveur le rendant seul coupable de la situation et ne cherchera pas à participer au suivi médical. 60% des personnes interrogées dans une étude anglaise (38) pensent que le patient présentant des TUA est responsable de sa pathologie. Le proche a également des attentes pour lui-même qui doivent pouvoir être entendues en dehors d'un processus de sevrage. Ici aussi, prévenir, dépister et accompagner sont des objectifs de prise en charge exigeants et complexes revenant au médecin généraliste. Dans ce domaine souvent méconnu il bénéficie d'un nombre moins grand de recommandations et d'outils mais il n'est pas complètement démuné pour autant.

Le questionnement systématique est une approche exigeante et radicale que certains recommandent. Dans la Thèse de Charlotte Thiepoint, les proches interrogés étaient largement favorables au questionnement systématique de l'entourage concernant les violences subies, notamment sexuelles. Les violences, notamment les violences faites aux femmes, souvent infligées dans un contexte d'alcoolisation sont un axe de dépistage privilégié tout comme la protection des enfants (34). Les Femmes victimes de violences consultent globalement plus fréquemment les généralistes et les spécialistes de la santé mentale (exception faites des jeunes femmes). Selon madame Pascale Vion (Présidente de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes du Conseil économique, social et environnemental (CESE)) (31) cela exige l'attention particulière des médecins qui doivent être sensibilisés au dépistage des violences, à la recherche des symptômes trahissant la souffrance de ces patientes.

Hughes Hammer a proposé un outil d'évaluation de la codépendance (18). Le « CODAT » (codependency assesment tool) distingue en 60 questions 4 niveaux d'intensité de la codépendance. Ce test est très peu connu et diffusé en France.

Pour aider le médecin dans l'accompagnement du proche et pour guider sa posture dans le trio relationnel « conjoint-médecin-buveur » le Dr Keritz propose une méthode qu'il expose lors du congrès « alcoolique et son entourage : quelles souffrances ? quelles issues thérapeutiques ? ». Il conseille de créer un cadre de prise en charge. D'abord en posant la question : qui demande quoi, à qui, et pour qui ? Puis en recadrant la demande dans son contexte historique et présent. Selon lui le médecin doit faire passer le patient présentant le TUA ou son proche d'une demande d'aide apparemment claire : faire disparaître l'alcool, à une demande de changement dont la disparition de l'alcool ne constitue qu'un élément. Ce travail est parfois difficile.

Blandine Faoro propose quant à elle un cadre dont le buveur est exclu. Selon elle organiser des réunions de fratrie permettrait d'éviter les affres du déni, de la honte et du tabou et de construire un espace de soutien partagé où l'histoire passée et les souffrances présentes s'échangent et amènent au changement. Selon elle c'est également un moyen de prévention de la répétition de schémas familiaux délétères. Elle n'adapte pas ce processus aux contraintes de la consultation de médecine générale.

Le praticien peut conseiller aux proches comme au buveur le guide du traitement combiné (39). Ce guide propose des méthodes pratiques de gestion de situations en lien avec les TUA et la codépendance. Il met en avant une limitation de l'implication du proche pour éviter la dévotion, et limiter le sacrifice.

Tout comme dans le cadre de la prise en charge des patients présentant des TUA le praticien généraliste peut orienter l'entourage. Nous l'avons dit, les spécialistes proposent généralement de recevoir les proches. Dans les centres de cures et les services spécialisés ces proches peuvent bénéficier de l'aide de psychologues et assistant sociaux rattachés aux structures. La porte d'entrée reste principalement le processus de sevrage et l'accompagnement du patient présentant un TUA. Les structures d'addictologie extrahospitalières réparties sur l'île qui réunissent médecins, psychologues, infirmiers et acteurs sociaux proposent également d'accueillir les proches seuls ou avec le buveur et peuvent leur prodiguer un suivi individualisé. Un

programme de prévention appelé « une affaire de famille » mené par L'ANPAA est spécifiquement dédié aux proches, il a vu le jour récemment sur l'Île.

A l'instar des groupes de soutien des patients présentant un TUA, des groupes de soutien existent pour l'entourage. En fonction du règlement de ces associations les personnes présentant elles-mêmes des TUA peuvent être conviées. Une de ces associations s'appelle Al-Anon. Sa vice-présidente la présente ainsi : « *Les Alcooliques Anonymes, très connus sous le sigle AA s'adressent aux alcooliques. Les groupes familiaux Al-Anon s'adressent aux proches de l'alcoolique. Ils sont indépendants des Alcooliques Anonymes mais coopèrent avec eux. Nous apprenons à baisser les bras et à ne plus nous épuiser à lutter contre cette maladie rusée et sournoise. Nous apprenons à nous détacher de l'alcool mais non de l'alcoolique. Nous apprenons à décider de descendre du carrousel de la négation sur lequel nous tournions depuis parfois bien longtemps. Nous apprenons à reconnaître notre impuissance devant l'alcool, c'est la pierre angulaire de notre programme. Nous disposons d'un programme de rétablissement basé sur douze étapes et douze traditions. Ce programme spirituel s'adresse à notre esprit en structurant notre pensée et en modifiant nos comportements envers nous-mêmes et envers les autres.* »

Et puis, selon les complications qu'il décèle chez les proches le généraliste peut s'appuyer sur l'expertise de spécialistes dont celle de psychiatres, de psychologues.

1.3.4.3 Ses attentes

En 2013, sur l'île de la Réunion, le réseau régional d'addictologie a diffusé un questionnaire à plus de 250 médecins généralistes (40). Leur but : recueillir leurs attentes et ressentis dans le domaine de l'addictologie. Ils sont en majorité peu à l'aise en addictologie se sentant intrusifs, démunis, désinformés, ce que ne ressentent plus les professionnels formés ou expérimentés. Mieux connaître l'offre disponible en addictologie notamment sous la forme d'un annuaire (qui existe désormais d'ailleurs (41)), bénéficier d'une meilleure coordination des soins ainsi que de la mise à disposition de protocoles médicaux et d'outils diagnostics, sont des propositions qui ont intéressé les médecins interrogés. Ce genre d'étude permet de cibler au plus près les actions à mener. Cette étude montre qu'une meilleure sensibilisation des praticiens permettrait un meilleur repérage des patients potentiellement en demande qui sont sous-estimés selon eux.

1.4 Mon chemin médical au contact de l'addictologie.

Ma rencontre avec l'addictologie s'est faite, je crois, lors d'un travail d'été. Je venais de terminer ma première année d'école de médecine, les vacances étaient longues et pleines d'envies, il fallait les financer. Agent de service hospitalier au centre Marmottan, un hôpital spécialisé dans la prise en charge des addictions, je faisais les lits, réchauffais et servais les repas. J'y rencontrais des femmes et hommes souffrant d'addictions diverses.

Le centre était un grand immeuble situé dans une large avenue à deux pas de la place de l'Etoile. Ici pas de jardin, ni de promenade. Une porte en métal fermait le secteur. Si son ouverture était libre, son franchissement, impliquait l'arrêt de la prise en charge.

La plupart du temps les patients se réunissaient dans une salle collective où ils jouaient aux cartes, échangeaient, buvaient un café, un thé et surtout fumaient cigarettes après cigarettes. J'y écoutais leurs histoires. Qu'est ce qui avait bien pu les amener là ?

Après les premiers échanges qui ressemblaient à des faits de chasse, nous nous racontions des histoires plus personnelles. Je ressentais l'envie de mieux comprendre ce qui avait fait basculer ces hommes et femmes. Pourquoi chacune de leurs avancées étaient si fragiles ? Tant avaient participé de nombreuses fois à ces cures et tant avaient dû revenir.

Plus tard, finalement très vite, ces femmes et hommes que j'avais rencontré un balai à la main, c'est avec une blouse blanche et mon nom sur un badge que je les retrouverais. Le rapport entre nous avait changé mais je gardais à l'esprit ces rencontres qui m'accompagnaient désormais dans le service de gastro entérologie de Villeneuve Saint Georges au cours de ma deuxième année d'école.

J'y découvrais le désastre que l'alcool inflige aux corps. Les ventres distendus par l'ascite, la peau parcourue de vaisseaux bleus. Les draps teintés de rouge après que des clips œsophagiens ont cédé. La déambulation agitée théâtrale impressionnante d'un patient en manque. Les corps cachectiques, douloureux de ceux dont le pancréas était détruit par l'alcool.

Ces situations portaient mon regard sur les corps, les organes. Dans ces prises en charge spécialisées hospitalières, les médecins et les infirmiers me permettaient de

ramener l'humain au centre. Grâce à leur expérience ils persistaient à voir l'humain malgré la pathologie.

La rencontre allait se poursuivre. Aux urgences, en médecine polyvalente, en chirurgie orthopédique, en gynécologie, en pédiatrie, finalement, partout tout le temps. Les rencontres avec le patient alcoolique ne se limiteraient pas aux services spécialisés a priori dédiés aux TUA, elles se feraient dans tous les modes d'exercice. L'ensemble de ces situations ajoutait strates après strates des niveaux de complexité supplémentaires.

Sociales, financières, somatiques, psychologiques, familiales, judiciaires, les complications s'intriquaient, s'accumulaient. Tout cela me paraissait insurmontable. J'ai eu la sensation que malgré les efforts des patients, des soignants et de la société, malgré les connaissances, l'addiction, les troubles de l'usage de l'alcool étaient fatalement insolubles. En prenant soin des patients, je rencontrais les familles. L'alcool ne les avait pas épargnées.

Je leur transmettais des informations et surtout je les écoutais car ils sont des aides indispensables pour bien comprendre le contexte de vie du patient et parfois ils sont les seuls à pouvoir nous communiquer des informations capitales.

A cette époque de ma formation, mon travail était exclusivement hospitalier et je ne connaissais pas alors les enjeux du travail « de ville ». Chaque mode d'exercice a ses exigences. Pour pouvoir offrir le soin au plus grand nombre, à tous ceux qui le demandent, le temps d'occupation d'un lit par un patient doit être maîtrisé. De nombreuses fois je m'attelais à la question épineuse du retour à domicile de patients convalescents, fraîchement stabilisés et en cours de sevrage. Les proches prennent notre relai et se font aidant. Il m'est alors arrivé de ressentir leur détresse. Le répit que ces hospitalisations leur apportaient était vécu comme une respiration si indispensable que l'idée du retour à l'apnée les saisissait. Ces comportements n'étaient pas anecdotiques, ils semblaient légitimes, comment réagir ?

La personne codépendante, sentimentalement attachée au malade voyait en ces hospitalisations les seules occasions de s'en détacher, le retour à domicile signalait fatalement la reprise des difficultés si nombreuses. Fallait-il que leur salut dépende de l'éloignement du buveur ?

Je ne me posais pas réellement ces questions alors. Il est arrivé que nous forcions la main aux proches les mettant au pied du mur comme s'ils étaient responsables de la situation. A ces moments nous constatons la détresse de certains proches, leur souffrance n'était plus dissimulée et pourtant l'occasion n'était pas prise pour leur venir en aide.

Le proche est alors visible, il s'exprime, le tableau est plus complet, le soignant peut accéder à la compréhension de la complexité de la vie extrahospitalière. Mais non, une fois la question du retour à domicile résolue, une fois les informations soutirées, une fois les difficultés logistiques débrouillées la place du proche s'effaçait écrasée de nouveau par le malade.

Dans les services d'urgence les troubles induits par la consommation d'alcool sont nombreux, ils représentent une part importante du travail des médecins urgentistes. J'y ai souvent vu des patients présentant des TUA revenir à de multiples reprises pour le même motif d'ivresse aiguë. Là aussi la place laissée aux proches est limitée à des préoccupations centrées sur le seul malade.

Où le proche pourrait-il devenir le sujet principal de la prise en charge ? En ville ? Mes premières expériences avec l'exercice libéral ont eu lieu à la fin de ma formation. Je retrouvais les proches des patients souffrant de TUA dans ces nouveaux lieux de soin.

Ils étaient accompagnateurs, soutiens du malade, intermédiaires précieux entre le patient et moi, et souvent à l'initiative de la consultation. Ils n'étaient pas là pour eux, pas consciemment du moins. Un jour ils reviendraient pour eux, pour autre chose, il ne faudrait alors pas oublier cette première rencontre. Ensuite, j'en accompagnais quelques-uns pour troubles anxiodépressifs, des femmes surtout. J'ai eu l'occasion avec certaines patientes d'explorer leur histoire avec l'alcool et les buveurs, d'essayer de comprendre l'impact, le retentissement des TUA sur leur propre vie.

Pour documenter un travail de thèse qui se dessinait, je décidais de prendre contact avec l'association Al-Anon dont j'ai décrit le fonctionnement plus haut et dont les membres me permirent d'assister à leurs réunions en tant qu'observateur.

Lors de ces réunions la place entière est laissée aux proches, les buveurs ne sont habituellement pas conviés. C'est un espace de parole ritualisée, d'entraide entre personnes impactées par les troubles de l'usage d'alcool d'un proche. J'y rencontrais

exclusivement des femmes. Elles étaient les compagnes, les épouses, les sœurs, les mères de ceux qui boivent trop.

En petits groupes d'habituées elles se rassemblaient et l'espace d'un instant elles livraient là leur histoire prenant le temps du verbe pour raconter ce que trop peu avaient su écouter. Là elles étaient le sujet de toutes les attentions.

Lente, hésitante, affirmée, leur parole ne serait pas coupée. Les larmes, les poses, le silence mais aussi les rires venaient ponctuer les récits. Grâce à ma place d'observateur en retrait, j'apprenais d'elles en écoutant, je n'avais pas d'autre but. Je ne menais pas d'entretien, je n'orientais pas les discussions, j'écoutais simplement, attentivement.

Les séances s'organisaient autour de thèmes, de lectures et un membre guidait les échanges. Les discours des participants étaient critiqués par les autres membres. Des commentaires, des conseils étaient donnés. Des femmes qui se situaient à des moments différents dans leur cheminement personnel apportaient leur expérience aux autres, aux novices.

Ici le but n'était pas d'aider à aider. La question du sevrage du buveur n'était pas centrale, loin de là. L'objectif est l'autonomisation de ces personnes. Comment les émanciper de cette situation aliénante sans faire de l'abstinence un prérequis indispensable ? Elles y parviendraient ensemble en se remettant elles-mêmes au centre. Et que cela semblait leur faire du bien.

En continuant à assister à leur réunion, je me suis permis quelques interventions, nous poursuivions les discussions en dehors des séances. L'une d'elle m'a alors demandé pourquoi je m'intéressais à ça, à elles. Pourquoi parmi tous les sujets que la médecine générale permet d'aborder j'ai choisi celui-ci.

La réponse ne m'est pas venue tout de suite et je crois qu'elle n'est pas définitive. Aujourd'hui je pense que le questionnement sur l'alcool vient d'histoires. Celle que j'entendais sur un lieu et une époque que je n'ai pas connu. Où des cicatrices s'étaient dessinées dans l'esprit de gens que j'aime, à force de coups et de peur. L'alcool était présent. En me racontant son enfance en Martinique, mon père a fait naître en moi une préoccupation, il m'a sensibilisé à une souffrance familiale injuste bien qu'il n'ait

pour sa part pas reproduit les schémas familiaux. Infirmier en psychiatrie il m'a transmis ensuite le goût de prendre soin.

Mon métissage me questionne souvent sur la notion de peuple créole, sur le présent commun construit sur l'humus d'une histoire complexe, tragique, injuste, immuable. Ce questionnement débuté à Paris loin de la culture antillaise je le poursuis ici dans une créolité différente.

1.5 Question de recherche :

Quel est le vécu des médecins généralistes exerçant à La Réunion concernant la prise en charge des patients ayant dans leur entourage proche une personne présentant des troubles de la consommation d'alcool ?

1.6 Hypothèse :

La prise en charge des difficultés induites par les troubles de l'usage de l'alcool d'un proche est complexe et est rencontrée par de nombreux médecins généralistes Réunionnais. Il existe une diversité de représentations, d'expériences et de prise en charge de ces troubles.

1.7 Objectif :

Explorer le vécu des médecins généralistes exerçant à La Réunion dans la prise en charge des personnes proches d'un patient ayant des troubles de l'usage de l'alcool pour dresser un état des lieux du repérage, du diagnostic et du suivi de ces troubles, par les médecins généralistes à La Réunion.

2 Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative par analyse phénoménologique des données recueillies lors d'entretiens individuels semi dirigés. Ces entretiens ont permis le questionnement de la problématique de l'impact des troubles de l'usage de l'alcool sur le cercle relationnel proche du patient ainsi que le recueil des expériences des médecins participant pour explorer leurs pratiques, leurs représentations et leurs perspectives de changement.

Toutes les données ont été rendues anonymes afin de garantir leur confidentialité. La population recrutée est les médecins généralistes exerçant en cabinet libéral à La Réunion non remplaçants, prioritairement dans la moitié « ouest ; nord-ouest ; sud-ouest ». Un échantillonnage raisonné sur les critères de diversités d'âge, de genre, de lieu d'exercice a été réalisé. La demande de participation à l'étude a évolué passant d'une technique à distance à une technique en présentiel. Les données ont été recueillies sur la période courant du mois de novembre 2020 au mois de mars 2021 jusqu'à obtenir la saturation des données, elles ont ensuite été analysées par une approche phénoménologique interprétative par deux chercheurs pour permettre la triangulation des données.

2.1 Équipe de recherche et de réflexion

2.1.1 Caractéristiques personnelles

J'ai été le seul enquêteur de cette étude, les entretiens se faisaient individuellement avec chaque participant. Au moment de cette étude je suis médecin généraliste remplaçant et mon internat de trois ans dans l'Océan Indien s'est terminé par un semestre hospitalier en diabétologie au CHOR de Saint-Paul dans le service du Dr Gatina. Je suis un homme de 29 ans au moment des entretiens et de la rédaction de la thèse. Il s'agit de la première étude qualitative que je mène et ces entretiens ont été pour moi une découverte totale, cela m'a motivé à réaliser deux entretiens tests avant de débiter les entretiens avec les médecins participants à l'étude. Pour autant, le dialogue entre médecins concernant des sujets médicaux est un exercice quotidien.

2.1.2 Relation avec les participants

Pour proposer un entretien et une date de rendez-vous j'ai présenté le sujet de ma thèse aux participants en gardant le sujet précis caché pour permettre la spontanéité de leur réponse. Ainsi ils savaient que je souhaitais les questionner au sujet des troubles de l'usage de l'alcool sans autre précision. Au vu des réponses des participants et du déroulement des entretiens je ne pense pas que ces derniers aient pu deviner le sujet précis de mon étude, cependant ils savaient que cela concernerait vraisemblablement une thématique d'addictologie. Il peut exister un écart important entre le discours scientifique normatif et les représentations de chacun. Je pense que l'addictologie, les TUA sont des domaines largement pourvoyeurs de ces écarts. Conscient de cela et ne souhaitant pas toujours le montrer le participant peut contrôler ses propos.

Pour m'aider dans cette tâche nouvelle de chercheur l'utilisation d'un carnet de bord a permis de structurer les évolutions de cette étude depuis sa conception jusqu'aux périodes de rédaction. Cela fut très utile pour améliorer la qualité des entretiens notamment.

2.2 Conception de l'étude

2.2.1 Cadre théorique

Pour sonder les participants et répondre à mon objectif de recherche à savoir explorer les rapports des médecins généralistes de La Réunion à la prise en charge des proches des personnes présentant un TUA, j'ai choisi d'utiliser la méthode qualitative et son axe phénoménologique. L'analyse des discours idéalement spontanés et libres ainsi que l'analyse du « non-dit » permettent de comprendre les opinions du participant. Il me semble également que le chevauchement des disciplines que permet l'addictologie et que l'on retrouve dans mon sujet se prête à cette méthode.

2.2.2 Sélection des participants

Dans le but de favoriser l'obtention d'une grande diversité de réponses un échantillonnage raisonné en variation maximale a été mis en place. Sans rechercher

à représenter la population des médecins généralistes Réunionnais cette méthode cherche à recueillir des vécus divers. Les médecins participants ont des profils différents quant à leur âge, sexe, expérience. Pour participer à l'étude il fallait être médecin généraliste exerçant en cabinet libéral à la Réunion non-remplaçant.

La méthode de prise de contact a évolué, plusieurs ont dû être explorées. Initialement les méthodes distantes se sont révélées inefficaces comme ma tentative de recrutement par vidéo-clip ce qui m'a motivé à essayer des méthodes plus directes. Par téléphone en appelant aux cabinets, cela m'a permis de recruter deux participants. Les sept autres participants ont été recrutés après que je me sois présenté directement à leur cabinet, ceci a notamment été rendu possible grâce à la restriction pratique de la zone de recrutement. Je leur présentais alors mon projet et leur proposais d'organiser une rencontre un autre jour. Je n'ai reçu que 4 refus de participation en utilisant cette méthode. Le fait de rencontrer les médecins généralistes dans leur cabinet a permis d'obtenir leur attention mais a aussi pu forcer leur participation voulant éviter une situation embarrassante.

La saturation des données a été atteinte rapidement. Une approche relativement consensuelle s'est dessinée et s'est confirmée ce qui a permis de limiter l'inclusion à 9 participants. Les participants qui n'ont pas souhaité intégrer l'étude ont avancé des raisons organisationnelles notamment dans cette période de pandémie.

2.2.3 Contexte

Les entretiens se sont déroulés du mois de novembre 2020 au mois de mars 2021. Le choix du lieu de l'entretien était laissé au participant, tous sans exception choisirent leur cabinet médical. Cela a apporté un confort certain pour le participant notamment sur le plan organisationnel. Néanmoins cela ne permettait pas une coupure avec l'activité du cabinet qui se rappelait souvent au participant lors d'appels venant suspendre nos entretiens. L'entretien semi dirigé individuel voulait permettre aux participants de s'exprimer le plus librement possible, en leur laissant la maîtrise du temps sur un sujet où une fausse consensualité aurait pu émerger lors d'un « focus-group » par exemple. Cet anonymat a permis à certains participants d'exprimer des opinions personnelles qui autrement seraient peut-être restées tues.

2.2.4 Recueil des données

Le guide d'entretien a fait l'objet d'une grande attention et son contenu s'est vu renouvelé à plusieurs reprises. Ne pas trop encadrer le discours et la pensée du participant, bien penser et placer les questions de relance pour explorer plus précisément un sujet, se rendre sensible à ce qui n'est pas directement verbalisé. Amener à penser, faire dire tout en se gardant de forcer à dire. Cet équilibre a été difficile à maintenir pour l'enquêteur novice que je suis.

Le guide d'entretien a été discuté avec mon directeur de thèse. Les questions se sont basées sur une revue de la littérature. Dans le cadre d'une analyse phénoménologique les questions devaient permettre de rapporter des expériences, leurs contextes et les émotions ressenties par le participant. Pour ce faire j'ai réalisé deux entretiens test qui ne sont pas présentés dans l'étude. Le canevas d'entretien a évolué au long des entretiens avec une modification de l'ordre des questions, leur ouverture, l'intégration de questions de relance.

Il m'a semblé judicieux de débiter mes entretiens par deux questions traitant des TUA mais ne permettant pas de saisir l'axe précis de ma thèse. Le but n'est pas de tromper mon interlocuteur. Tout d'abord elles permettent de rentrer dans le sujet des TUA, de briser la glace en quelque sorte. Elles permettent également d'explorer les représentations des participants vis-à-vis des TUA en général ce qui permet de mettre en perspective leur discours concernant les proches précisément. Ces questions ne se dirigent clairement ni vers le buveur ni vers le proche, et observer quelle place y est faite aux proches est tout à fait pertinent. A partir de la troisième question, le thème précis de ma thèse est connu du participant et chaque question explore différents domaines de leur prise en charge.

Version finale du questionnaire :

- 1) Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation concernant les troubles de l'usage de l'alcool ?
- 2) Selon vous, quel rôle doit tenir le médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés induites par des troubles de l'usage de l'alcool ? Auprès de qui ?
- 3) Que vous évoque la codépendance et qui cela concerne -t-il ?

4) A votre avis, quelles difficultés rencontrent les proches d'un consommateur excessif d'alcool ?

Comment y êtes-vous confronté dans votre pratique et que cela vous fait-il ressentir ?

5) Selon vous quelle est la place du médecin généraliste dans le repérage, le diagnostic et le suivi des difficultés induites par les troubles de l'usage de l'alcool d'un proche ? Que pensez-vous de la formation médicale à ce sujet ?

6) Quelles difficultés rencontrez-vous et quelles aides intégrez-vous dans la prise en charge des patients présentant des difficultés induites par les troubles de l'usage de l'alcool d'un proche ?

7) De quelle manière selon vous est-il souhaitable de modifier votre prise en charge des difficultés induites par les troubles de l'usage de l'alcool d'un proche ?

L'utilisation d'un carnet de bord a permis de poser mes idées et d'avancer avec le plus de méthode et rigueur possible.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone Philips DVT1150/00 et la communication non verbale était notée de manière manuscrite. La saturation des données a été obtenue après 9 entretiens.

Une fois l'entretien réalisé il était retranscrit le plus tôt possible (grâce au logiciel de traitement de texte Word) et son codage (réalisé grâce au logiciel Nvivo) débutait également le plus précocement possible pour y intégrer les ressentis et la communication non verbale.

2.3 Analyse des résultats

2.3.1 Analyse des données

La participation d'un second chercheur également thésard a permis une triangulation des analyses. Cette triangulation a permis, après que chacun d'entre nous ait réalisé un codage des entretiens, de créer des catégories pertinentes répondant à la question de recherche. L'indépendance des chercheurs et de leurs analyses, maintenue avant

la triangulation a permis de limiter les risques d'influence et de contrôler la pertinence des catégories proposées. J'ai choisi de ne pas faire de retour des analyses aux participants.

2.3.2 Rédaction des résultats

J'ai volontairement choisi de donner une large place à la parole des participants dans ma thèse. Parce qu'en analyse phénoménologique chaque mot, chaque posture est porteuse de sens, j'ai voulu le matérialiser en proposant aux lecteurs des unités de sens parfois longues et nombreuses car elles sont la base de cette thèse. Cette profusion reste pertinente au risque assumé de rallonger la lecture. Dans un souci de clarté et de fluidité j'ai proposé en fin de chaque partie des résultats un résumé court faisant ressortir clairement les notions présentées.

2.4 Aspects règlementaires et éthiques

Pour garantir l'anonymisation de tous les participants, les enregistrements ont été effacés et leur nom n'apparaît pas dans le texte. Les informations personnelles pouvant permettre l'identification des participants ont été modifiées. Reconnaître un participant par son lieu d'exercice est un risque notamment ici à La Réunion. J'ai choisi pour assurer leur anonymat de ne pas préciser les lieux d'exercice des participants.

3 Résultats

S'il est admis que les TUA représentent une part significative du travail du médecin généraliste et que chaque malade influence son entourage proche au premier rang duquel se trouve la famille, qu'en est-il de la prise en charge des proches par les médecins généralistes Réunionnais ? Que ressentent ils face à ces proches, sont-ils confrontés à leur souffrance et comment ? Comment se représentent ils cette souffrance et leur propre rôle en tant que médecin généraliste ?

3.1 Population étudiée

Neuf participants ont intégré l'étude. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau suivant :

	Sexe	âge
DR 1	Femme	65
DR 2	Femme	30
DR 3	Homme	60
DR 4	Femme	58
DR 5	Homme	59
DR6	Homme	49
DR7	Homme	49
DR8	Femme	35
DR9	Femme	39

La variation des participants était faite sur l'âge et le sexe. Le fait d'exercer dans une structure dédiée à la prise en charge des troubles addictifs n'a pas été retenu ni comme un facteur d'inclusion ni d'exclusion ce qui a permis au Dr 1 d'intégrer l'étude. 5 des participants sont des femmes. 2 participants avaient plus de 60 ans 2 avaient entre 50 et 60 ans, 2 avaient entre 40 et 50 ans et 3 avaient entre 30 et 40 ans.

3.2 A partir de souvenirs marquants une représentation commune émerge

La première question de l'entretien est particulièrement ouverte et libre pourtant, tous les participants ont choisi de rapporter une expérience de prise en charge de TUA concernant directement un malade souffrant de TUA.

8 des 9 récits concernaient un projet de sevrage de l'alcool ou une diminution de la consommation :

DR 6 : -Nous avons fait plusieurs consultations autour d'un projet de sevrage. -Il en était à sa 15eme cure de sevrage environ.

Dr 2 : -C'est surtout lui qui m'a fait part de son trouble de l'usage de l'alcool et donc je l'ai écouté, j'ai essayé d'évaluer sa consommation, j'ai essayé d'évaluer sa motivation et je lui ai proposé de l'accompagner, de l'aider et puis, ça c'est une première consultation puis il est revenu me voir quelques mois après pour son renouvellement d'ordonnance, et en fait euh, il m'a reparlé de ça, il avait un peu diminué tout seul.

Dr 3 : -En fait il sent très bien qu'à certains moments il ne mange plus, il est dans un état physique, tellement délétère que de temps en temps il a envie de se faire hospitaliser, pour remonter un peu la pente, mais dès qu'il va mieux, c'est reparti.

Dr 8 : -Du coup on a parlé du sevrage car j'avais l'impression qu'il venait pour cela.

Dr 4 : -c'est un alcoolique notoire, vraiment bien cogné, qui est venu me voir, parce qu'il voulait une consultation avec un addictologue pour pouvoir se faire hospitaliser parce qu'il pense que l'hospitalisation pour faire une cure va le guérir de ses démons.

Dr 5 : -quand elle est revenue avec son diagnostic de pancréatite chronique, je lui ai dit, écoutez, l'alcool désormais il va falloir plus y toucher.

Dr 7 : -c'est un patient d'une cinquantaine d'année qui a une consommation je crois que c'était pas loin d'un litre de rhum quotidien, et qui désirait arrêter tout seul sans hospit, sans suivi

-Il a repris l'alcool pendant le confinement alors qu'il avait arrêté et puis il a repris et il voulait réarrêter.

Un récit concernait une exploration d'asthénie sur fond de mésusage.

Dr 9 : -Elle venait parce qu'elle était fatiguée depuis quelques semaines, il y'avait de gros soucis dans la famille, notamment dans le couple et la fille voulait l'accompagner parce qu'elle était un peu inquiète de la voir fatiguée comme ça et elle pensait que sans l'accompagner sa mère ne discuterait pas des soucis dans le couple.

Tous les patients étaient dans la patientèle du médecin participant, il s'agissait en grande majorité (7/2) d'hommes, des patients adultes ayant tous plus de 40 ans.

Dr 2 : -dans ma patientèle je pense surtout à un patient en particulier qui est un homme de, je sais pas, 60 ans. Il est marié, il a des enfants, des petits enfants, mais je connais pas l'entourage, il y'a que lui que je suis.

Dr 4 : -oui c'est un patient a moi, hmm hmmm. C'est un alcoolique notoire, vraiment bien cogné

Dr 7 : -Euh non ça fait un moment qu'il était dans la patientèle. C'est un patient d'une cinquantaine d'année

De Dr 8 : -C'est un monsieur qui fuyait un petit peu le suivi.

Dr 3 : -C'est un patient employé municipal depuis toujours, qui d'ailleurs est toujours employé municipal. Ce type-là maintenant il doit avoir 55 ans

En grande majorité ces patients sont des cas « lourds » soit du fait de nombreux échecs de prise en charge, soit par l'installation de complications médico-sociales importantes.

Dr 1 : -Le patient auquel je pense là, c'est difficile, très difficile, des cas solides, il conduit un camion d'analyses et il picole. Donc il commence à avoir de problèmes sérieux et bien, il vient pour une raison x ou y. Depuis, nous c'est les montagnes russes.

-Tu peux pas t'imaginer au niveau du travail il est foutu dehors, il a des problèmes avec ses collègues, il a des problèmes d'absence. Il développe des troubles cognitifs, il se réveille pas, il est pas à l'heure, il fait des accidents sur la route, c'est incroyable, ça a un impact, toute la vie d'un être humain, de A à Z, la relation avec les enfants...

Dr 6 : -Il en était à sa 15eme cure de sevrage environ. -Il en était arrivé à des complications sociales comme de la désocialisation, des ruptures de contrat de travail, d'absentéisme malgré un soutien familial fort. Forte addiction.

Dr 3 : ...qui a été hospitalisé à de multiples reprises, pour des problèmes liés à l'alcool, près-Dt, DT, crises d'épilepsie et autre, qui sort régulièrement.

Dr 5 : ...et quand elle est revenue avec son diagnostic de pancréatite chronique, je lui ai dit, écoutez, l'alcool désormais il va falloir plus y toucher.

Seuls deux des neufs patients ne présentent que peu de complications.

Dr 2 : -C'est un patient qui est très bien inséré dans la société qui a un haut poste de travail et tout ça.

Dr 8 : -Dans les traces des précédentes consultations, cela n'apparaissait pas, cela n'avait pas fait l'objet de consultation auparavant et c'est via ce bilan bio que la discussion a pu s'installer.

Il ressort de ces récits le large emploi d'outils ou ressources qu'elles soient humaines, techniques ou institutionnelles pour explorer, accompagner, évaluer, motiver, orienter le patient présentant des TUA. Nous retrouvons :

Les examens complémentaires

Dr 8 : -Il ne m'a pas parlé ouvertement de son problème avec l'alcool, il a fait un bilan biologique récemment que je lui avais prescrit avec un bilan hépatique perturbé, de quoi engager la conversation à ce sujet-là, et donc on a pu parler de ça grâce à ça et il avait l'air ouvert. C'est via ce bilan bio que la discussion a pu s'installer. -Nous avons trouvé la possibilité d'en parler grâce à la bio.

Dr 9 : -je lui ai fait faire un bilan. Il y'avait une grosse cytolysse hépatique avec des GGT au plafond. Elle a absolument pas évoqué l'alcool lorsque on en a parlé.

L'hospitalisation

Dr 3 : -La cure, l'hospitalisation, c'est quand il sent qu'il est fatigué et en fait il s'enfuit lorsqu'il va mieux, et cela fait quinze ans que ça dure.

Dr 4 : -Alors il avait pris, je crois que c'est la maison des oliviers, où ils font, ou au Port, il connaissait, il savait, il s'était déjà renseigné, donc c'est vrai que moi, je , je donnais les coordonnées et sa femme a appelé.

Des outils d'évaluation :

Dr 2 : -J'ai essayé d'évaluer sa consommation, j'ai essayé d'évaluer sa motivation.

Des règles de consultation

Dr 3 : -Déjà j'essaie de le voir lorsqu'il n'est pas soul. Je refuse de le voir lorsqu'il est soul, un minimum de communication, on essaie de mettre quelques règles en place.

Les spécialistes

Dr 4 : -il est venu me voir bourré, pour que je fasse une lettre pour le spécialiste pour qu'il puisse aller le voir.

Des structures pluridisciplinaires

Dr 1 : -C'est vrai qu'ici je suis toute seule, mais quand je travaille là-bas au CSAPA, j'ai psychologue, infirmière, assistante sociale... toute une équipe qui prend en charge tous les problèmes sociaux etc. Alors la coordination est plus simple.

Dr 2 : -du coup je l'ai orienté vers la structure ELSA à Saint Paul, j'ai donné le numéro, je lui ai dit qu'il fallait qu'il soit motivé mais que là-bas c'étaient vraiment des médecins plus compétents et une structure avec d'autres professionnels de santé qui allaient l'aider et le suivre.

-Moi, ma dernière consultation, c'était l'orienter vers ELSA.

En addictologie la place de la volonté du patient est un point décisif, un prérequis jugé largement indispensable à la réussite de toute prise en charge.

Ici nous retrouvons largement des patients volontaires :

*DR 6 : -Nous avons fait plusieurs consultations autour d'un projet de sevrage.
-Si si, il est venu vers moi avec cette demande mais je me suis dit que c'est la cinquantième fois qu'il demande et 49 fois qu'il échoue.
-C'était toujours à sa demande.*

Dr 2 : -La première phase je me suis dit : « ah bah c'est bien il est motivé il demande de l'aide je dois être là pour lui ».

*Dr 8 : -il voulait s'occuper de sa santé cette année. Il avait l'air ouvert.
-Ce patient-là venait car au fond il avait envie de modifier cela, ce n'est pas moi qui ai enclenché quoi que ce soit.*

Dr 7 : -Les sevrages se faisaient à la demande du patient.

Quoique deux récits montrent clairement une absence de volonté du malade :

*Dr 9 : -je pense qu'elle s'est fait un peu tirer par sa fille, prendre en main par sa fille.
-Elle a absolument pas évoqué l'alcool lorsqu' on en a parlé.
-Donc elle en parle bien avec sa fille, sa fille est au courant depuis un petit moment, et euh, est ce qu'elle pensait qu'elle avait envie d'être prise en charge, est ce qu'elle a déjà exprimé l'envie d'arrêter...Là la fille avait l'air de dire que non...Mais bon.*

Dr 5 : -il ne venait pas du tout pour ça...et je l'ai pas abordé.

-La consultation n'était pas sur l'alcool.

Quant au récit du Dr 3, il laisse une impression plutôt ambiguë. Malgré les nombreuses années de suivi Il admet ne pas comprendre les motivations de son patient, ce à quoi il semble attribuer une grande part de l'échec de la prise en charge.

*Dr 3 : -Euh c'est à dire qu'en fait, à chaque fois il manipule tout le monde.
-Il est dans un état physique, tellement délétère que de temps en temps il a envie de se faire hospitaliser, pour remonter un peu la pente, mais dès qu'il va mieux, c'est reparti.*

-On n'a jamais trouvé, ça fait des dizaines d'hospitalisations, de cure, plus ou moins avortées et il a toujours échappé, on n'a jamais trouvé euh ce qui pouvait le motiver.

-En fait il n'a pas de problème ce monsieur, c'est nous qui avons un problème selon lui.

-Ce patient-là, euh, nous on a un problème, euh, j'ai pas encore trouvé le sien, et c'est compliqué, parce que aller lui proposer des cures alors qu'on ne sait pas pourquoi il va faire la cure...

Malgré une connaissance du patient, l'usage d'outils, et bien que les patients soient volontaires, le ressenti des médecins est largement négatif avec des prises en charge marquées par l'échec.

8 des prises en charge sont ressenties comme des échecs par les médecins.

Dr 1 : -Depuis, nous c'est les montagnes russes. Il enchaîne les problèmes judiciaires, familiaux, de violence.

Dr 6 : -Si, si il est venu vers moi avec cette demande mais je me suis dit que c'est la cinquantième fois qu'il demande et 49 fois qu'il échoue.

-Donc c'était vraiment, j'étais pas convaincu de l'efficacité de la cure. Je lui ai donné un peu à contre cœur, je voyais qu'il y avait une souffrance sous-jacente mais je me disais qu'il fallait trouver autre chose, faut trouver une autre approche autre chose.

Dr 2 : -il avait un peu diminué tout seul et moi en fait j'avais rien fait vraiment et puis à la deuxième consultation, en fait je me suis dit que je savais pas trop faire, j'étais pas compétente, je savais pas, je connais pas les médicaments et tout ça. -C'est après coup je me suis sentie démunie en réfléchissant je me suis dit je sais pas faire, j'ai pas de formation dans les entretiens motivationnels ou tout ça. Je connais un peu la base de la théorie, mais j'ai jamais pratiqué plus que ça et du coup après je me suis sentie démunie, dépassée je me suis dit que c'est pas mon domaine de compétence je n'y arriverai pas, et c'est pour ça que je l'ai orienté.

Dr 8 : -Alors ça c'est un peu un problème c'est que j'ai beaucoup de difficultés à mettre en place quoi que ce soit, je trouve que c'est difficile, je me sens pas formée pour l'addict, c'est clair, c'est un métier.

Dr 9 : -Après elle est jamais revenue me voir pour savoir ce qu'il en était de son bilan, à priori, elle était toujours fatiguée.

-C'est hyper dur. P'têtre encore plus avec les femmes qu'avec les hommes j'ai l'impression.

-J'ai l'impression qu'avec les femmes c'est hyper dur.

*Dr 3 : -Je pense à un patient pour lequel on a pas trop de solutions.
-On se retrouve dans une situation où on a pas vraiment de solution, on craint de se faire manipuler par le personnage.*

Dr 4 : -j'ai trouvé que la démarche était bien hein, mais euh je savais que ça n'allait pas marcher, ce qui a été le cas, et euhhh, j'ai pitié. A force.

Seul un participant tient à garder l'optimisme qu'il juge indispensable à l'accompagnement.

Dr 7 : -Ba la rechute pendant le confinement ça ne m'a pas étonné euh et puis la tentative de sevrage il faut être positif au maximum quoi, au contraire, c'est vachement bien. Donc c'est vrai qu'il est vachement motivé, il ne fait pas un sevrage brutal en fait il est en train de diminuer petit à petit sa consommation et à partir du moment où on suit et on voit que ça va plutôt mieux dans sa tête, ça me va.

Quant à la place des proches, si aucun de ces récits ne traite des difficultés de l'entourage il est déjà possible d'observer la place qu'il y prend. Six des neuf participants évoquent l'entourage dès cette première question, quand trois n'y font tout bonnement pas allusion.

Cet entourage est décrit comme :

Absent :

*Dr 3 : -Et vous disiez qu'il a une vie sociale problématique. Pauvre ?
-Pauvre ! effectivement très pauvre, il vit seul avec les seuls copains qu'il a qui sont des copains de beuverie.*

-Pour moi le problème c'est l'absence de ressource.

-A votre connaissance il n'a pas d'entourage familial proche ?

-Non, il est isolé, complètement rejeté par les autres, ce qu'on comprend, c'est compliqué de vivre avec ces types-là. Il n'y a aucune ressource, sur lesquelles on puisse s'appuyer.

-Ce qui caractérise à mon avis cette personne, c'est justement l'absence de ressource, c'est à dire qu'en dehors de l'alcool, y'a rien, le seul élément sur lequel il s'appuie c'est l'alcool.

A protéger :

Dr 7 : -le but du jeu c'est tout de même de limiter les risques. Pour lui, pour l'entourage etc.

Un accompagnant responsabilisé :

Dr 1 : -Parfois en cas de troubles cognitifs, je suis obligée de faire intervenir l'entourage un petit peu. Parce que des troubles cognitifs, il y'en a.

*Dr 6 : -Il en était arrivé à des complications sociales comme de la désocialisation, des ruptures de contrat de travail d'absentéisme malgré un soutien familial fort.
-Au point où ils avaient déjà divorcé mais son ex-femme poursuivait à le soutenir et voulait qu'il s'en sorte.*

*Dr 9 : -la fille voulait l'accompagner parce qu'elle était un peu inquiète, elle pensait que sans l'accompagner sa mère ne discuterait pas des soucis dans le couple.
-On en a donc parlé avec la fille, c'était pas la patiente directement.
-Elle s'est fait un peu tirer par sa fille, prendre en main par sa fille.
-Vous avez évoqué les problèmes de la fille ?
-Non, pas du tout. C'était axé sur la consommation de la mère.*

*Dr 4 : -C'est sa femme qui a dû lui dire : "écoute il faut que tu fasses quelque chose
-Je pense qu'il faut que les gens arrivent à être touchés peut être par la famille ou par quelqu'un qu'ils aiment ou peut-être se rendre compte que, mais, nous c'est difficile pour un médecin je pense.*

-C'est vrai que moi, je, je donnais les coordonnées et sa femme a appelé, je préfère toujours que la famille s'investisse un peu parce que sinon c'est trop facile, je viens chez le médecin, appelez pour moi, faites ci pour moi, puis j'y vais pas c'est pas grave. J'essaie un peu de les responsabiliser.

-Donc pour vous, la famille a un rôle important dans l'accompagnement dans le sevrage?

-Bah oui, plus que tout, je pense hein, les médecins, on est derrière nous.

En souffrance

Dr 1 : - ça a un impact, toute la vie d'un être humain, de A à Z, la relation avec les enfants...

Dr 9 : -Donc oui c'était un fardeau, c'était lourd pour la fille, mais y'avait plein de choses qui rentraient... La prise en charge de sa sœur, qui a une Sonde nasogastrique en ce moment...effectivement la sœur elle porte beaucoup de choses.

Ou toxique

Dr 6 : - Au final il se faisait systématiquement entrainer par ses connaissances à boire jusqu'à pas d'heure.

Résumé :

Ces récits spontanés et peu orientés dressent majoritairement des échecs de sevrage d'hommes présentant des TUA responsables de complications médicosociales graves. Les patients sont connus du cabinet des participants et ceux-ci structurent leur prise en charge autour d'outils variés. Le proche y est entrevu comme un accompagnant fréquemment responsabilisé et en souffrance. Bien que laissant aux médecins une large liberté dans leur choix de récit, il émerge de cette première question une vision sensiblement commune de complexité avec des prises en charge volontiers marquées par l'échec.

3.3 Le rapport du médecin à la maladie

Avant de plonger dans le vif du sujet il m'a semblé nécessaire de comprendre davantage le rapport de ces médecins aux TUA de manière large. Quelle place prennent-ils dans le suivi de ces patients ? Ces prises en charge sont-elles vécues avec optimisme ou au contraire avec pessimisme ? Quelles difficultés vont-t-ils rencontrer et s'aident-t-ils d'outils pour les surmonter ?

Tout d'abord il ressort assez clairement pour tous les participants que la place du médecin généraliste est une place privilégiée.

Dr 1 : -Le médecin c'est celui qui partage les traces puis il fait la synthèse, l'évaluation.

Dr 2 : -Je pense, pour moi idéalement un médecin généraliste devrait être capable de prendre en charge un patient qui est en demande de sevrage et de le suivre, de le motiver, de faire le suivi, la prise en charge initiale et puis le suivi. Je pense que ça pourrait être le rôle du médecin généraliste, si il sait faire et euh, pour tous ses patients en demande ou pour lequel on va dépister un trouble.

-Parce qu'il y'a une notion de suivi sur du long terme, de connaissance du patient, du contexte, de la relation de confiance aussi, médecin-patient, du lien que l'on peut avoir gagné auparavant. Voilà.

Dr 9 : -L'idéal, c'est sûr que le médecin généraliste connaît son patient, qu'il soit au centre.

Dr 4 : - parce que moi je suis très proche de mes patients.

Connaissant son patient, étant au centre d'un réseau d'acteurs de santé, disposant d'outils et à même de réaliser un suivi dans le temps, le médecin généraliste est pour toutes et tous un acteur prépondérant de la prise en charge des TUA. Il émerge trois objectifs principaux :

1-Le dépistage des TUA et de leurs complications.

Dr 1 : -J'adore faire ça, demander, mettre le doigt dessus. Rechercher avec le patient pour être claire avec lui, quelle est sa consommation.

Dr 6 : -Le dépistage des troubles de l'usage de l'alcool, c'est le fond du métier du médecin-généraliste.

Dr 2 : -tous les patients que je reçois, comme nous avons un cabinet assez jeune et que les patients on les connaît pas au départ, donc euh, dans les antécédents on demande systématiquement leur consommation.

Dr 8 : -c'était un bilan de dépistage on va dire les facteurs de risque cardio-vasculaires sur lequel j'ai l'habitude de mettre souvent les Gamma GT et les enzymes hépatiques.

-On a un devoir majeur par rapport à ces gens-là, y a pas le droit de laisser passer les complications potentielles sur le plan digestif tout ça.

Dr 9 : - C'est souvent quand je reçois des bilans, j'y pense devant des bilans qui peuvent me faire évoquer, et là je tâte un peu le terrain je vois si je tends une perche.

Dr 3 : - Ba je vais poser la question, je vais poser la question de façon générale je vais essayer de préciser en comptabilisant la consommation.

Dr 5 : -Mon rôle donc, c'est, c'est, d'appuyer là où ça fait mal, c'est de faire le lien et dire que ces difficultés sont induites pas l'usage de l'alcool.

2-La prévention.

Dr 1 : -Alors, moi ce que j'aime faire, c'est la prévention. La prise en charge ok, mais j'adore faire la prévention. Lorsque je vois un chauffeur, la première chose : quelle est votre consommation d'alcool ? C'est vrai que, quand arrivé à ces stades-là de cirrhose etc... je préfère faire de la prévention.

Dr 7 : - Apres j'aurais tendance à rejoindre un peu un addicto que j'avais rencontré il y'a un an et demi et qui disait que le but du jeu c'est pas dire il faut arrêter tout de suite, le but du jeu c'est tout de même de limiter les risques. Pour lui, pour l'entourage etc.

3-L'information

Dr 3 : - si il n'y a pas de demande, je fais de l'information, en présentant éventuellement les solutions, je m'arrête là.

Dr 5 : - Maintenant il y'a une grande aide faite à cette problématique aussi bien pour les familles que pour les patients victimes, d'alcoolisme, c'est quand même de parler de maladie alcoolique, ça c'est énorme, il a fallu je sais pas combien de temps, c'est un travail que l'on a pas fait pour les gens qui fument et on a fait le chemin inverse pour l'homosexualité.

Dr 1 : - J'adore faire ça et de là, expliquer.

Si ce rôle est accepté par tous, seulement deux participants expriment de l'optimisme en évoquant la prise en charge des TUA.

Dr 1 : - Alors, moi ce que j'aime faire, c'est la prévention.

-Je sais que si je tiens ces patients la 3 ans, 4 ans, là on commence à avoir un peu de lumière, un peu d'espoir

-La prise en charge ok, mais j'adore faire la prévention. J'adore faire ça, demander, mettre le doigt dessus.

-Au bout de plusieurs années on parvient à voir l'évolution des patients et cela me procure du plaisir

-Une spécialité extraordinaire, grande spécialité, pluridisciplinaire.

-Il faut également valoriser le travail accompli par le patient, en l'accompagnant, c'est enthousiasmant.

Dr 3 : - maintenant, assez rapidement, euh, je sais, j'arrive à comprendre quand mon intervention va être efficace.

-En fait je suis rarement déçu car j'arrive à comprendre lorsqu'il faut que je fasse de l'information, ou simplement et que je propose, mais je ne m'attends pas à une réponse très positive, je sais que ça viendra.

-Donc en fait c'est plutôt positif, souvent, et je ne suis pas trop déçu quoi.

Ils sont beaucoup plus nombreux à mettre en avant les multiples obstacles qu'ils rencontrent, montrant ainsi la complexité qu'ils affrontent. Ces obstacles, il m'a semblé pertinent de les distinguer en deux catégories. Chacun d'eux apporte de la complexité à cette prise en charge mais certains gênent le repérage quand d'autres impactent la prise en charge elle-même.

Les obstacles au repérage émergeant de ces entretiens sont :

-Le déni du malade face à son trouble :

Dr 8 : - Ça c'est parmi les patients qui ont accepté leur trouble. On peut dire que c'est trente pour cent.

-Y a aussi beaucoup de gens qui me disent : « je bois une petite bière de temps en

temps », et ces gens-là c'est encore une autre étape et je n'en fais pas grand-chose de plus.

Dr 4 : -Quand les gens ne sont pas en demande, c'est très compliqué. Déjà quand ils sont en demande c'est compliqué mais euh le fait de dire à quelqu'un qui boit régulièrement avec ses copains, euh, vous avez un trouble de la consommation d'alcool, il va pas comprendre, donc c'est très compliqué, au début en tant que jeune médecin on y va quoi, dès qu'il y'a un truc on attaque et puis après on se rend compte que c'est pas comme ça.

-Ce que j'appelle « le motif caché de la consultation », le lien entre les plaintes du patient et le tua est dissimulé :

Dr 1 : -je vais te dire, tu sais que parfois le médecin généraliste c'est le dernier à savoir que son patient consomme de l'alcool. Une dame que je soigne depuis plusieurs années, diabète...c'est sa fille qui me dit qu'elle est alcoolique et qu'elle ne sait plus quoi faire. Les Gamma GT étaient bons, jamais venue alcoolisée.

Dr 9 : -pour être honnête, j'ai jamais personne qui vient me voir en disant j'ai un problème d'alcool, ça m'est jamais arrivé, jamais.

-C'est souvent quand je reçois des bilans, j'y pense devant des bilans qui peuvent me faire évoquer, et là je tâte un peu le terrain je vois si je tends une perche. Mais j'ai jamais personne qui vient me voir en me disant j'ai un problème avec l'alcool.

Dr 5 : - sinon les gens, je suis désolé, les gens ne viennent pas en consultation disant, j'ai un problème avec l'alcool.

-Le tabou sociétal dont pâtit le TUA qui est tour à tour responsable d'un sentiment de honte du patient et générateur de réserves chez le médecin généraliste gênant le dépistage :

Dr 8 : - j'essaie toujours d'orienter vers la Kaz'oté, mais ça c'est, c'est limité car il y'a peu de gens qui veulent aller là-bas malgré la proximité géographique. La proximité géographique fait que c'est connu des patients, mais le coté perte d'anonymat ça c'est un frein majeur.

Dr 4 : - Sauf qu'on n'en parle pas on cache tout ça.

Dr 9 : - De ton côté tu vas avoir des réserves pour évoquer le sujet ?

-Ouai déjà de mon côté c'est pas évident parce que je pense que les gens ils ont honte et c'est difficile de les mettre en confiance pour qu'ils en parlent et puis je sens tout de suite une gêne énorme quoi, surtout avec les femmes.

-Ça me fait penser d'ailleurs que lorsque j'ai un nouveau patient qui arrive, je lui demande toujours, mais toujours si il fume et presque jamais s'il boit de l'alcool.

-Il y'a également une notion de tabou autour de l'alcool alors qu'en comparaison le tabac est bien moins tabou.

Cette distinction est pratique mais poreuse, certains obstacles impactent aussi bien le dépistage et la prise en charge. De plus, l'importance des difficultés de prise en charge peut également influencer les efforts de dépistage. Une fois la prise en charge initiée, les participants vont regretter :

-Un sentiment de lassitude, un ressenti fastidieux :

Dr 4 : - c'est pas, c'est pas quelque chose que j'affectionne en fait les problèmes des patients avec l'alcool, c'est compliqué pour moi. Je ne sais pas j'ai du mal.

-Et pourtant j'ai fait une thèse sur l'alcoolisme à la Réunion, donc euh, c'est, j'ai beaucoup de mal parce que c'est tellement énorme, tout ce qu'il faut gérer que, je pense, que lorsque c'est quelqu'un qui se bourre la gueule non-stop, au niveau médecin généraliste c'est difficile, et pff, s'investir pour rien, non c'est pas...

-C'est tellement vaste, c'est ce que je dis depuis le début, c'est tellement vaste l'alcoolisme, c'est pluri, plein de choses, c'est la psyché, ça va être le foie enfin plein de choses.

-Un sentiment d'isolement du médecin généraliste :

Dr 5 : -Lorsqu'un problème d'alcool est dépisté lors d'une hospitalisation ou quelque chose comme ça on pense que le médecin généraliste n'a pas la formation ou les compétences en fait on l'adresse ailleurs donc moi je n'ai plus jamais de problématique d'alcoolisme chronique à prendre en charge.

-Je tiens à le dire. On me demande pas mon avis, on ne me dit pas on a remarqué que votre patient etc...On vous laisse la suite

-C'est plutôt : "il est sorti ce jour avec un rdv en addictologie".

-J'ai jamais de retour des médecins du travail par exemple.

Dr 1 : - C'est vrai qu'ici je suis toute seule, mais quand je travaille là-bas au CSAPA, j'ai psychologue, infirmière, assistante sociale... toute une équipe qui prend en charge tous les problèmes sociaux etc. Alors la coordination est plus simple.

-Une impression de manque de temps :

Dr 9 : - il y'a tellement de choses dans une consultation, les gens ne viennent jamais pour un motif, on parle de plein de choses, souvent, euh, voilà on parle de ça à la fin de la consultation, il s'est passé déjà une demi-heure donc voilà.

Dr 4 : -Vous aviez déjà tenté auparavant d'initier un sevrage pour lui ?

-Non.

-Pourquoi?

-Parce que le temps a fait que. J'ai pas assez de temps au cabinet pour prendre trois quart d'heure pour discuter de plein de choses, tous les jours, ce sera pas possible.

-C'est à dire que l'on a tellement de choses à faire, les gens ne se rendent pas compte c'est pas de la bobologie. Des fois je commence à 7 heures, je finis à 18h c'est compliqué, je rentre chez moi, foutez-moi la paix, j'ai envie de parler plus de rien, j'ai oublié ça.

-C'est à dire que l'on a des outils, mais encore faut-il avoir le temps, euh, on est maintenant dans une médecine, ou le médecin doit tout faire, avant on avait quand même plus de choses, maintenant on doit tout faire, la télémedecine ça prend un temps fou. Les gens pensent que c'est super rapide, mais pas du tout, il faut faire les ordos mettre la signature après numériser, après l'envoyer, après faire ça, donc on a pas le temps !

-Un sentiment d'incompétence, de dénuement aussi :

Dr 2 : -Après je pense pas que, enfin, je me sens pas mauvaise médecin de l'orienter, c'est comme quand je sais pas quelque chose, comme généraliste j'oriente vers un spécialiste, mais ... Là je pense que je pourrais me perfectionner, étudier, plus me former et que la prise en charge d'un trouble de l'usage de l'alcool, ça pourrait être le rôle du médecin généraliste, je pense. Mais pour l'instant je ne suis pas capable.

Dr 8 : -Alors ça c'est un peu un problème c'est que j'ai beaucoup de difficultés à mettre en place quoi que ce soit, je trouve que c'est difficile, je ne me sens pas formée pour l'addict, c'est clair, c'est un métier.

-L'incompréhension de leur patient :

Dr 4 : - Quand les gens sont plus ou moins, pas cortiqués puisque c'est péjoratif, mais qui ont quand même, qui sont responsables, on essaie de le faire ensemble.

-Moi je leur dis toujours, pour arrêter de boire, il faut arrêter d'avoir une vie sociale pendant quelques semaines. Pour pouvoir stopper, ne pas être tenté. Ça peut se faire chez certaines personnes qui le comprennent, et puis là en l'occurrence ce patient ce n'est pas possible.

Malgré la complexité commune à tous les entretiens deux participants transmettent un certain optimisme. Ce qui les relie, c'est leur expérience. Elle permet aux Dr 1 et Dr 3 d'appréhender ces prises en charge difficiles, conscients des difficultés et de leurs limites mais convaincus également de leurs capacités. Cet optimisme ressemble fort à du plaisir pour le Dr 1, elle est bien la seule dans ce cas.

Dr 1 : -J'en ai tous les jours, « rires ». Je fais ça tous les jours, tous les jours.

-Ça veut dire que vous recherchez ces troubles de façon systématique ?

-Oui oui et oui ! C'est systématique. C'est venu comme ça, j'ai plusieurs années de carrière. Il y'a plusieurs années, je ne savais pas le faire. On dirait que j'avais pas d'outil. Dans les années quatre-vingt, j'avais pas d'outil, l'alcoolique arrivait, je savais pas. Et au fur et à mesure, les outils sont arrivés et ils arrivent de plus en plus, tous les jours. Et aujourd'hui, je peux dire, j'arrive à sortir les gens de l'alcool. Au bout de plusieurs années on parvient à voir l'évolution des patients et cela me procure du plaisir. Mais cela arrive au bout de plusieurs années.

-Pour les médecins généralistes qui n'ont pas de formation à ce sujet, c'est dur hein, ça prend du temps ça.

Dr 3 : - Alors j'ai de l'expérience, j'ai travaillé treize ans en convalescence, j'avais beaucoup de patients qui venaient d'avoir des cures de sevrage, j'en ai vu beaucoup à cette époque.

Ces situations complexes incitent tous les participants à utiliser de nombreux outils, autant d'aides à la prise en charge. On retrouve les ressources mobilisées dans la première question avec les examens complémentaires, l'orientation vers les spécialistes, les entretiens motivationnels, la planification du suivi également, les centres pluridisciplinaires. L'hospitalisation est aussi présentée comme une ressource privilégiée un levier de prise en charge largement utilisé.

-Les examens complémentaires :

Dr 1 : -On a les outils.

-on est capable de faire de vrais bilans.

Dr 8 : - C'est à dire que je fais souvent, une bio puis une écho abdo au minimum et parfois après ça me permet aussi d'entrer en matière, parce que la première marche c'est la consommation d'alcool régulière avec perturbation de la bio puis dans un second temps des lésions plus durables quoi.

Dr 9 : -C'est souvent quand je reçois des bilans, j'y pense devant des bilans qui peuvent me faire évoquer, et là je tâte un peu le terrain je vois si je tends une perche.

-L'orientation vers les spécialistes :

Dr 2 : -Je connais un peu la base de la théorie, mais j'ai jamais pratiqué plus que ça et du coup après je me suis sentie démunie, dépassée je me suis dit que c'est pas mon domaine de compétence je n'y arriverai pas, et c'est pour ça que je l'ai orienté. C'est comme quand je sais pas quelque chose, comme généraliste j'oriente vers un spécialiste.

Dr 9 : -La première chose que je vais faire c'est leur proposer une consultation addicto.

Dr 3 : - Bah c'est variable, je l'ai très souvent fait seul, par contre ça peut également se faire à plusieurs, selon la complexité de la situation.

-Plus on est d'intervenants plus ça marche, ça c'est classique.

Dr 4 : - Après quand je vois que ça va pas parce que, peut-être que je connais trop le patient, ou euh, je dis, il faudrait aller voire une tierce personne pour discuter.

-Donc à ce moment-là, moi j'ai aucun souci à transférer vers un spé. Alors ça c'est quelque chose qu'il faut, ils sont là pour ça pour nous aider.

-Les entretiens motivationnels, outil conceptuel permettant de structurer la prise en charge :

Dr 2 : - je pensais que, j'allais le suivre, lui faire des entretiens motivationnels et tout ça.

-La planification du suivi également :

Dr 9 : - si je vois qu'ils sont complètement réticents je leur propose de revenir pour qu'on en discute tranquillement, que l'on discute de ça et que de ça.

-Les centres pluridisciplinaires :

Dr 1 : - C'est vrai qu'ici je suis toute seule, mais quand je travaille là-bas au CSAPA, j'ai psychologue, infirmière, assistante sociale... toute une équipe qui prend en charge tous les problèmes sociaux etc. Alors la coordination est plus simple.

Dr 7 : -Quand tu prends en charge un patient alcoolique, pas le proche cette fois, est ce que tu t'aides de certaines ressources, un réseau ?

-Ça oui oui, ça y a la Kaz'oté parfois les patients si on leur dit on va vous hospitaliser un certain temps sur Robert Debré ça oui oui on utilise.

La question de la représentation individuelle de la pathologie et des malades est particulièrement épineuse en addictologie. Rares sont les pathologies offrant une telle diversité de représentations et de compréhension. Tous les participants s'accordent sur la complexité de la discipline mais leurs témoignages expriment la diversité de

leurs visions. J'ai choisi de rapporter ces représentations individuellement, participant par participant.

-La complexité de la discipline n'entache pas l'enthousiasme qu'exprime le Dr 1. Elle semble adopter une posture bienveillante et défend une vision globale du patient où le TUA fait partie d'un tout.

-Une spécialité extraordinaire, grande spécialité, pluridisciplinaire.

-Moi en tant que généraliste, c'est vrai que si je m'occupe de lui pour la problématique alcool dans mon cabinet je m'occupe de tous ces autres problèmes, son HTA etc. Et en fait tout est lié y'a pas l'alcool d'un côté comme si le patient a son problème d'alcool et point.

-Il faut également valoriser le travail accompli par le patient, en l'accompagnant, c'est enthousiasmant.

-La prise en charge des TUA est complexe pour le Dr 2. On comprend un questionnement quant à la place de la responsabilité du patient, elle parle ainsi de maladie « induite ».

-Parfois cet aspect-là il est difficile pour les proches de patient alcoolique, parce que, nous en tant que médecin on nous apprend que c'est une maladie, mais euh... Elle est quand même initiée par un, euh, un, ... geste, au départ, c'est une maladie induite quoi, comme le tabac quoi.

-Pour le Dr 8 la prise en charge des TUA est un devoir mais l'incompétence qu'elle ressent et exprime la plonge dans le dénuement. Ce n'est pas une situation agréable pour elle.

-Je me sens pas formée pour l'addict, c'est clair, c'est un métier.

-On a un devoir majeur par rapport à ces gens-là.

-Le Dr 9 tient à considérer cette pathologie d'égal à égal avec l'ensemble des pathologies chroniques mais elle déplore un tabou social singulier qui participe grandement aux difficultés qu'elle rencontre.

-Et c'est simple pour toi d'ouvrir la discussion sur ce sujet-là ?

-C'est hyper dur. Peut être encore plus avec les femmes qu'avec les hommes j'ai l'impression. J'ai l'impression qu'avec les femmes c'est hyper dur.

-Ça me fait penser d'ailleurs que lorsque j'ai un nouveau patient qui arrive, je lui demande toujours, mais toujours s'il fume et presque jamais s'il boit de l'alcool. Parce que j'intègre le tabac dans les facteurs de risque cardio-vasculaires et d'ailleurs je ne vois pas forcément le tabac sous l'angle de l'addiction mais plutôt sur le plan cardio-vasculaire.

-Il y'a également une notion de tabou autour de l'alcool alors qu'en comparaison le tabac est bien moins tabou.

-Le Dr 3 questionne la place de la volonté du patient distinguant deux catégories de TUA. L'un serait évitable, le buveur est responsable de son comportement lorsque l'autre est subi.

-Vous avez un objectif systématique de sevrage ou alors ?

-Pas du tout, en fait, ça dépend du type d'alcoolisme, euh, donc il y'a les gens qui peuvent contrôler leur consommation, y'a des buveurs névrotiques qui en sont incapables avec qui c'est complètement différent, euh, voilà j'estime qu'il y'a des profils différents avec des objectifs différents.

-Ceux qui posent le plus de problème c'est ceux qui maîtrisent absolument pas leur consommation et je les considère pas responsables de leur consommation si c'est la question que vous posez.

-Oui c'est, comme je vous l'ai dit c'est une maladie, je veux dire, ils sont pas responsables de leur maladie dans la majorité des cas à part certains cas où c'est un problème de régime. Il y'a des éthyliques qui ont le choix, de continuer de boire ou de ne pas continuer. Ceux-là ils sont responsables de leur éthylisme. Ils sont capables de faire un choix, mais il y'en a énormément qui ne sont pas capables de faire un choix.

-Le Dr 4 ne cache pas son aversion pour les TUA, elle l'exprime clairement et son vocabulaire se rapproche du spectre du dégoût. De plus elle personnalise l'alcool le faisant ennemi. On perçoit une contradiction entre un message théorique où les TUA

doivent être considérés comme une maladie et un ressenti péjoratif, mêlée de dégoût et de pitié.

-C'est un alcoolique notoire, vraiment bien cogné.

-Il pense que l'hospitalisation pour faire une cure va le guérir de ses démons.

-Il est venu me voir bourré.

-J'ai pitié, à force.

- on ne peut que le suivre dans la rue quand il hurle, et qu'il titube, donc ça de toute manière qu'il vienne au cabinet ou pas il est euh, connu pour euh, abus d'alcool.

-C'est pas, c'est pas quelque chose que j'affectionne en fait les problèmes des patients avec l'alcool, c'est compliqué pour moi.

-lorsque c'est quelqu'un qui se bourre la gueule non-stop, au niveau médecin généraliste c'est difficile, et pff, s'investir pour rien, non c'est pas...

-Mais c'est vrai que j'ai toujours eu beaucoup de mal avec les alcooliques, est ce qu'on peut dire les alcooliques...J'ai du mal.

- ici, ils y vont quoi, c'est à dire que c'est des alcools mauvais, donc ils vont, attaquer tout le monde dans la rue, ils vont faire des esbroufes, il y'en a pas mal par ici, c'est compliqué.

-Je connais des gens ou j'avais dit à la femme, qui est une amie, ton mari a une maitresse, c'est l'alcool. C'est pire que quelqu'un de vivant parce que, tu peux pas aller voir l'alcool en disant arrête de le tenter. Donc c'est très compliqué.

-Bah cet état de dépendance à l'alcool, cet état d'ébriété, cet état ou ils sont totalement affalés une fois qu'ils ont pris leur murge. C'est tous les jours, c'est...Pff, je vois pas quel est l'intérêt pour la personne qui est en face.

-Après, c'est une pathologie, il faut bien qu'on s'en souvienne. On a du mal à l'intégrer comme du diabète. On dit c'est un pochtron, c'est un alcoolo, oui d'accord mais c'est avant tout une maladie.

Après, comme l'obésité, c'est une maladie mais on dit également, ce sont des gens qui pensent qu'à bouffer toute la journée. Mais non c'est une pathologie aussi, mais c'est vrai qu'on a des choses bien ancrées qui sont compliquées à se modifier.

-Pour le Dr 5, la prise en charge des TUA relève bien du travail du médecin généraliste bien que selon lui il ne s'agisse pas d'un problème purement médical.

Couplé à l'isolement qu'il déplore cela participe à la frustration qu'il transmet. Il fait du rhum et de ses caractéristiques supposées des éléments de compréhension du « cas Réunionnais ». « L'alcoolisme » est une maladie qui ne touche pas de la même manière tous les consommateurs et toutes les cultures.

-On peut très bien être habitué, ou avoir une imagerie populaire de l'alcoolique comme le clown pas forcément triste, ce qui je trouve est souvent vu comme ça à la Réunion.

-Je pense que l'alcoolisme est tout sauf médical. Quelle est la réponse de la médecine à l'alcoolisme ? Elle est médicale : « je vais vous faire une prise de sang, pour voir où est ce qu'on en est. » Le problème de l'alcoolisme est avant tout un problème conjugal, social.

-Maintenant il y'a une grande aide faite à cette problématique aussi bien pour les familles que pour les patients victimes d'alcoolisme, c'est quand même de parler de maladie alcoolique, ça c'est énorme.

-Contrairement aux apparences et ce qui est dit sur M6 , non, l'alcoolisme, ou la consommation d'alcool à la Réunion, elle n'est pas supérieure à celle de métropole, elle est même bien inférieure, contrairement à ce que pensent beaucoup de médecins ou autre. Par contre la morbi-mortalité elle est bien supérieure, notamment neurologique avec les encéphalopathies, les polynévrites du feu de dieu, devant les boutiques, on les voit. La consommation, même aux âges jeunes n'est pas exclusive à la Réunion.

-Je pense à titre personnel que c'est le rhum et sa composition qui est au cœur du problème.

-Moi je pense franchement que c'est le rhum qui n'est pas bon. Comment ça se fait qu'il n'y ait pas d'alcool jovial ici, je veux dire si on fait les fêtes de Bayonne, tout le monde est complètement soul au pastis, au vin etc. Mais c'est bras dessus, bras dessous, à chanter...Ici non, ça finit en provocations, en bagarre, assez vite. Est-ce que c'est parce qu'il y'a le fond dépressif de la population ici ou c'est le fait du rhum qui a un tropisme neurologique ?

-Après à quantité égale de consommation d'alcool, deux personnes ne sont pas forcément alcooliques. Pour avoir beaucoup étudié les boutiques je me suis aperçu de

cela. J'ai vu des jeunes de 14-15 ans, le matin, appeler des camarades dans le chemin, viens on va boire un verre. Cela ils sont alcooliques, l'autre il va venir, il va suivre, mais il est pas demandeur, il est pas, dès le matin, pour calmer son angoisse ou son tremblement, ou machin truc, il est pas demandeur, ils vont consommer à peu près la même chose mais les deux ne sont pas dans la même situation.

-L'objectif affiché du Dr 7 est « la réduction des risques ». S'il tient à soutenir avec optimisme ses patients, il reconnaît qu'il est complexe d'être bon en tout notamment lorsque le comportement des buveurs est complexe relevant de la psychiatrie.

*-Avec toute addiction il faut comprendre qui on a en face de soi, évaluer sa motivation.
-C'est tout le côté psy qui est compliqué car c'est des gens qui sont un peu border line ou psychopathe, c'est à dire c'est des gens qui ont une moralité ou des actes vachement tournés vers l'alcool, comme toutes les dépendances quoi.*

-Le rôle du médecin généraliste est essentiel dans la prise en charge des TUA que le Dr 6 aborde de manière assez protocolisée.

-La première chose c'est le patient lui-même et toutes les pathologies qui peuvent être masquées par la prise d'alcool, ça c'est pour moi l'urgence.

*Ensuite s'il a des troubles, des comportements engendrés par l'alcool comme violence et autre alors on protège son entourage, si il a des crises d'agressivité envers lui-même, auto agression on le protège lui-même et puis il y'a tout ce qui est pathologies induites par l'alcool comme dégradation des capacités cognitives, foie, cœur tout ce qui va avec l'alcool, la prise de tabac le laissé aller, les complications autres. Il y'a également la prise en charge psychosociale en bout de chaîne je dirai.
-Le dépistage des troubles de l'usage de l'alcool, c'est le fond du métier du « med-gé », là on parle de l'alcool mais tout ce qui est prévention, c'est la base.*

Résumé :

L'expérience des participants est hétérogène concernant la prise en charge des TUA tout comme leurs représentations. Ils s'accordent tous sur la complexité de cette tâche, leur objectif commun de sevrage ou plus simplement la réduction des risques est

difficile à atteindre. Pour eux le médecin généraliste est un acteur privilégié. Les outils sont multiples pour affronter les nombreux obstacles mais cela ne suffit pas à empêcher les sentiments de dénuement et d'isolement que certains décrivent. Pour la plupart c'est une tâche ingrate mais un devoir. Aux extrêmes une participante exprime de l'enthousiasme quand une autre exprime du dégoût. Si une large part des participants rattache les TUA à l'ensemble des pathologies chroniques, leurs discours persiste à montrer des distinctions de représentation. On comprend que pour tous, ce n'est pas une maladie comme les autres

3.4 Ce qui caractérise le proche

Comprendre le rapport des participants aux TUA permet ensuite l'exploration de leur attitude vis-à-vis des proches des buveurs. Selon eux, l'entourage est-il concerné par les TUA de leur proche ? Qu'est ce qui caractérise ces proches ? Leur prise en charge relève-t-elle du travail du médecin généraliste et comment y sont-ils confrontés ? Que ressentent ils devant ces situations ? Tout d'abord de quels proches s'agit-il ?

Pour les neuf participants il paraît clair que les proches, c'est la famille, la cellule familiale restreinte au conjoint et aux enfants.

Dr 5 : -Si, j'ai déjà eu parfois des parents.

-C'est parfois une demande familiale.

Dr 7 : -Après ça m'est arrivé de voir des gens accompagnés de sœur etc...

Dr 3 : - Alors il y'a la famille, la femme les enfants, ça ça arrive, on parle de familles que je connais, ce sont des gens que je connais.

Seule le Dr 1 élargit ce cercle aux amis.

-Selon vous, qui est concerné par la codépendance ?

-La famille, l'entourage, les amis. Les enfants aussi sont affectés de cela. Le couple, alors la ...

Mais pour tous ce sont le conjoint et les enfants qui souffrent avec une nette prédominance féminine

Dr 1 : -les femmes s'occupent beaucoup de leur mari.

Dr 6 : -Au point où ils avaient déjà divorcé mais son ex-femme poursuivait à le soutenir et voulait qu'il s'en sorte.

-Il m'est arrivé de recevoir une femme qui venait car son mari lorsqu'il avait bu devenait agressif.

Dr 3 : -des compagnes souvent.

Dr 4 : -Ce patient, la famille est venue, la femme et la fille.

-Si la personne me dit oui j'en parlerai à sa femme ou sa mère.

Dr 5 : - C'est toujours le conjoint.

- Homme et Femme ?

- Non, c'était toujours des femmes.

Dr 7 : -Si par exemple le consommateur excessif va voir un médecin et que nous on suit sa femme.

Dr 1 : -Les enfants aussi sont affectés de cela.

Dr 2 : - là je me souviens, d'un patient qui avait vraiment, une addiction, consommation excessive et c'était son fils, moi j'étais remplaçante, il m'appelait parce que le patient, euh, son fils était jeune en plus il était peut-être mineur ou 17-18 ans

Dr 8 : - Ils ont un fils qui est en souffrance et qui adopte des comportements de la même veine.

Dr 9 : - J'avais vu sa maman quinze jours avant, elle était accompagnée de sa fille.

Dr 3 : - on voit les rôles s'inverser et très souvent ce sont les enfants voire même les enfants jeunes qui sont les parents de leurs propres parents et ça c'est quelque chose qui, c'est peut-être plus pour des mineurs, fin d'année dernière j'ai eu ça.

Dr 4 : - Ce patient, la famille est venue, la femme et la fille.

Le Dr 8 fait exception en parlant d'un époux en souffrance.

Dr 8 : -Ça me fait penser à un couple, une dame d'une cinquantaine d'années, qui a une conso pathologique depuis toujours et je reçois le mari de son côté en consultation.

Le Dr 8 apporte par ailleurs un élément de compréhension à cette dichotomie en évoquant un tabou concernant l'alcoolisme féminin qui pourrait rendre son dépistage plus difficile et l'identification des proches en souffrance plus ardue.

Dr 8 : - Peut-être que les mécanismes de coalcoolisme lorsque c'est une femme qui boit vont avoir vocation à cacher, dissimuler ces troubles tant l'alcoolisme féminin reste tabou.

Par cette petite phrase « *qui se ressemble s'assemble et qui s'assemble se ressemble* », le Dr 1 semble introduire une sorte de logique dans la formation du couple « consommateur-proche ». Logique qui, on le comprend, n'est pas une règle immuable, loin de là.

Tous les participants ont en conscience des souffrances pluri formes dans lesquelles le rôle du proche n'est pas toujours neutre. La plupart des participants assimile cette souffrance à celle rencontrée par les proches de malades chroniques.

Dr 1 : - un diabétique est bien accepté mais l'alcoolique n'est pas accepté. C'est valable dans toutes les maladies ça hein, pas que pour l'alcool. Imagine que dans la famille il y'ait quelqu'un qui ait un cancer, ça impacte tout le monde ou même un patient diabétique, on ne va plus manger de la même façon etc. Pour moi cela est similaire quelle que soit la maladie.

Dr 6 : - Comme pour l'aidant de manière générale je pense que l'aidant de l'alcoolique il a toute sa place dans la stratégie d'accompagnement du patient. Moi j'assimile un peu les deux.

Dr 2 : - je pense à une patiente dont le mari n'est pas alcoolique mais psychotique, c'est très compliqué.

-Je pense que, après c'est un peu, global, je dirais, on pourrait l'intégrer dans une formation, euh, en gros l'accompagnement, le rôle des proches et des aidants quoi. Pas forcément le spécifier à l'alcoolisme ou à une autre addiction ou maladie.

Dr 9 : -Est ce qu'il y'a un sentiment différent par rapport aux proches d'autres pathologies chroniques ?

-Je pense pas, je pense les considérer de la même manière.

-Je pense que c'est plus large que les seuls proches des buveurs car je pense que cela concerne beaucoup de proches de patients souffrant de pathologies chroniques.

Dr 3 : - Euhh, moi je pense que c'est tout à fait faisable, comme, si on considère que les proches des malades alcooliques sont les mêmes que les proches d'autres pathologies, je vois pas pourquoi je pourrais pas les prendre en charge voilà.

-Ça pourrait être intéressant de chiffrer la souffrance de l'entourage mais pas forcément que pour l'alcool, pour les maladies chroniques de façon générale pour leur faire comprendre leur montrer que ce qu'ils endurent est insupportable.

Néanmoins ils conçoivent pour certains une particularité propre à cette situation, c'est le concept de codépendance que la majorité comprend sans toutefois qu'aucun d'entre eux n'ait eu connaissance de ce terme.

Dr 1 : - Quand tu dis la codépendance tu évoques la dépendance à d'autres substances ? Je ne vois pas exactement. Dis-moi...

-Je connaissais pas ce terme, mais là je comprends ce que c'est.

Dr 2 : - C'est pas un terme que j'emploie ou que je connais. Mais ça m'évoque une dépendance à plusieurs, une multiple, des addictions multiples chez un même patient.

Ça pourrait être tabac-alcool, zamal-alcool, tabac-zamal, je sais pas. Une poly dépendance.

Dr 8 : - je ne connaissais pas ce terme mais je comprends bien ce concept.

Dr 9 : - bah des addictions multiples. Ça peut concerner tout le monde...

Dr 3 : - La codépendance dans l'addiction ? Bah eu, la codépendance, la codépendance, la codépendance... Dépendance à plusieurs produits, euh voilà, essentiellement tabac alcool, rarement parfois, d'autres produits Rivotril, zamal et autre, donc euh, c'est très complexe.

Dr 4 : -Alors codépendance c'est-à-dire ?

-C'est ça la question. Qu'est-ce que cela vous évoque ?

-Alors codépendance par rapport à quoi ? Je sais pas, je peux pas vous dire. La codépendance, il dépend de quoi, de l'alcool, de la famille, de la cigarette ?

Dr 5 : - La codépendance, et ben, euh...Est-ce que c'est le conjoint qui est aussi dépendant de quelque chose, ça peut pas être l'alcool qui est dépendant de la personne et la personne dépendante de l'alcool, j'imagine ça mal.

Dr 7 : - Pour moi la codépendance c'est le patient lui-même avec quelqu'un qui peut avoir des dépendances pour d'autres toxiques. Ça peut être le cannabis, d'autres drogues, le tabac...Pour moi c'est ça.

Dr 6 : - C'est plutôt les jeunes, usage d'alcool plus d'autres médicaments comme alcool-zamal et autres drogues. Il peut y avoir des troubles du comportement un peu addictifs comme sexe et conduites déviantes entre guillemets. Il y'a aussi la personne addictive de nature et qui boit pour donner une justification à son agressivité.
-Je ne connaissais pas.

Les médecins participants décrivent plusieurs types de répercussions des troubles de l'usage de l'alcool sur l'entourage proche.

Ce qui est commun à leurs différents discours c'est le sentiment de honte ressenti par l'entourage qu'ils pensent être source de comportements d'évitement

sociaux menant à une désocialisation, à un isolement important enfermant progressivement le proche dans les difficultés du buveur.

Dr 6 : -Ensuite il y'a une sorte de, comme tu disais avant, dans la codépendance, de systèmes qui se mettent en place, je pense que le principal c'est la désociabilisation des gens qui sont avec le buveur, ils ne sortent plus avec lui ou alors ils évitent d'aller dans des endroits qui seraient trop fréquentés ou ils iraient moins dans des cercles de proches pour éviter justement cette vision négative qu'ils peuvent avoir d'eux.

-Donc c'est surtout un isolement ?

-Oui oui.

Dr 2 : - ça peut amener à l'isolement aussi, parce que parfois l'alcool c'est social jusqu'à un certain niveau.

Dr 8 : - les difficultés que j'identifie, c'est l'isolement social.

-Il se plaint de recevoir personne chez lui parce que sa femme part en vrille dès que le déjeuner avance. Il me dit j'ai les moyens de recevoir mais je ne reçois pas parce que ma femme devient folle quand elle a bu.

-Vraiment c'est la solitude qui pèse sur cette famille-là.

-Justement dans cette famille-là, la codépendance c'est de cacher un peu, alors qu'il y a d'autres familles ou on s'en moque que le tonton bourré soit vu par tout le quartier.

Dr 3 : - on a envie de cacher tout ça pour pas poser encore plus de difficultés sur la vie relationnelle de la personne alcoolique.

Dr 6 : - Je pense que les difficultés des proches sont liées en premier à la vision, à la perception que les gens à l'extérieur ont d'eux, je pense que c'est la première difficulté. La première chose que les proches du buveur voient. « Tu sais pas te tenir en société, tu nous fais honte », je pense que c'est la première des remarques.

Dr 3 : - Les gens sont pas très fiers je pense du fonctionnement, c'est pas du tout quelque chose qu'on raconte.

-Là où il y'a le plus de problèmes c'est quand la personne dès son lever va à la boutique rejoindre les copains, là le sentiment de honte ...

Ensuite viennent les violences que l'alcool peut faciliter, source d'inquiétudes et de sentiment d'insécurité parfois quotidiens. Ces violences sont verbales, physiques, sexuelles avec notamment de l'inceste.

Dr 1 : -après dans ce qui concerne les histoires comme ça, assez connues à la Réunion, quand le bonhomme il a été au bar, il y est resté toute la nuit, il arrive , il réveille tout le monde , il est désinhibé il va insulter tout le monde. Il va réveiller la femme et c'est là qu'il va avoir envie d'une relation sexuelle. C'est presque du viol. Et là il va réveiller toute la famille et des violences intrafamiliales peuvent se produire. C'est un schéma très fréquent notamment avec de l'inceste.

Dr 6 : - Il m'est arrivé de recevoir une femme qui venait car son mari lorsqu'il avait bu devenait agressif.

Dr 8 : - Donc c'est un vrai isolement d'autant qu'il y'a de la violence de la part de la femme quand elle est alcoolisée.

Dr 3 : - Alors, les difficultés, euh, pfff, celle qui doit être la plus fréquente ou celle qui est rapportée le plus souvent, c'est les violences, les violences, je pense que ça c'est vraiment ce que facilite l'alcool, c'est le plus fréquent.

Dr 4 : -Bah je suis triste parce que quelque part ils subissent, et que l'amour fait accepter plein de choses et on a peur de dire la vérité de crainte qu'il ne parte ou autre chose. Qu'il frappe, ou, donc c'est, on dit qu'un couple c'est des compromis mais là il n'y a pas de compromis. Là on doit subir.

Dr 5 : - Les difficultés en termes de violence dans les foyers.

Ils s'accordent également majoritairement sur les répercussions psychiques avec l'apparition de syndromes anxiodépressifs, d'inquiétudes constantes, d'angoisses.

Dr 1 : - j'ai la dame à côté où on voit cette souffrance, je ne sais pas si elle est sous antidépresseur mais elle en a les traits, je ne sais pas si cette dépression supposée est due à son mari ou du moins cet air atteint et grave.

Dr 2 : - ça peut avoir des répercussions, morales et psychologiques aussi, avec les proches ça peut induire de la tristesse de voire son proche affecté par l'alcool.

Dr 8 : - Elle c'est impossible de lui faire parler de sa consommation alors que lui il est tout à fait conscient de ce qui se passe et il en souffre énormément.

Dr 9 : - c'est très probablement de la tristesse de l'inquiétude.

Dr 3 : - Il y'a des tas de gens qui vivent des situations totalement invivables, c'est un fardeau épouvantable et je sais que de toute façon ça va tourner mal, on ne peut que finir dépressif lorsque l'on vit ça.

Le proche est également atteint par les difficultés financières, juridiques, professionnelles que rencontre le buveur.

Dr 1 : - Oui forcément car si il a eu des problèmes avec la justice, il a fait de la prison, il a plus de travail. Eux même ils sont empêtrés dans tout ça.

Dr 2 : - ça peut avoir des répercussions financières.

Dr 3 : - après c'est l'argent qui s'en va, les achats irraisonnés, voilà.

-Les problèmes d'avoir quelqu'un dans son entourage proche qui est déraisonnable. C'est une charge pour ces gens-là.

Ces difficultés professionnelles et financières peuvent également naitre de la réorganisation imposée de l'emploi du temps du proche pour s'occuper du buveur qui peut être en perte d'autonomie engendrant parfois une perte des repères familiaux, une parentalisation des enfants qui mettent entre parenthèses leur avenir. Ce surinvestissement peut mener à leur épuisement.

Dr 2 : - il rentrait l'après-midi ou le soir et il le retrouvait par terre, euh, et en fait là clairement ça avait trop de répercussions, sur sa famille, le jeune il était tout seul, la mère elle n'existait pas, ou enfin, il était seul.

-Il était en train de mettre en danger ses études ou sa formation.

-Le fils, il avait pas d'autre solution que de le surveiller, de rester avec lui quoi.

-Pour moi c'est comme un emprisonnement auprès de son père, pour, pour surveiller, pour, en attendant, qu'il ne se passe rien de grave, parce que le père se mettait vraiment en danger.

Dr 3 : - Puis après, je pense que la famille, souffre en fait du défaut du père ou de la mère, le père ou la mère ne joue plus du tout son rôle et on voit les rôles s'inverser et très souvent ce sont les enfants voire même les enfants jeunes qui sont les parents de leurs propres parents.

Les femmes pâtissent particulièrement de ce surinvestissement notamment ménager, une situation dégradante que déplorent le Dr 1 et le DR 4.

Dr 1 : - les femmes s'occupent beaucoup de leur mari. Chapeau les femmes, chapeau pour s'occuper...J'ai déjà eu des patientes âgées hein, qui ont soixante-dix ans, qui me disent Mme, il fait pipi au lit je dois tout le temps nettoyer, parfois ses besoins, il s'essuie sur le canapé.

Dr 4 : - Bah cet état de dépendance à l'alcool, cet état d'ébriété, cet état ou ils sont totalement affalés une fois qu'ils ont pris leur murge. C'est tous les jours, c'est...Pff, je vois pas quel est l'intérêt pour la personne qui est en face.

Le Dr 7 ira même jusqu'à parler d'esclavage.

Dr 7 : - Il faut pas que les proches pâtissent de la pathologie de la personne, li faut pas qu'ils deviennent esclave quoi.

Selon eux le sentiment d'impuissance des proches domine et est parfois source de manœuvres désespérées.

Dr 5 : -Que je constate oui c'est une évidence, le premier truc je pense, c'est spécifique à la Réunion, c'est de venir quand on est conjoint, de venir chercher en douce un comprimé que l'on va mettre dans la nourriture en douce du patient concerné pour créer un effet antabuse en espérant qu'il arrête de boire.

-Franchement je remplace depuis 1990-1992, notamment beaucoup à Salazie, c'était tout le temps.

Dr 9 : -Je pense qu'ils ressentent beaucoup d'impuissance et euh, ouai, c'est très probablement de la tristesse de l'inquiétude, mais surtout beaucoup d'impuissance je pense et je pense que c'est ça qui est le plus difficile pour eux, l'impression qu'ils ont plus envie d'un sevrage pour le patient que l'alcoolique lui-même.

Dr 8 : Elle c'est impossible de lui faire parler de sa consommation alors que lui il est tout à fait conscient de ce qui se passe et il en souffre énormément.

Dr 3 : oui, la demande elle est là, c'est des demandes essentiellement de sevrage, est ce que vous pouvez faire quelque chose pour qu'il boive moins. Ils viennent pour l'autre.

Bien que partageant les avis de leurs confrères Dr 4, Dr 5 et Dr 3 émettent des hypothèses singulières.

Le Dr 5 évoque des événements si quotidiens qu'ils s'impriment comme situation normale enfermant les proches dans un modèle peu critiquable.

- Je dis simplement que parfois ce qui correspond un peu à la codépendance c'est qu'on peut avoir des bénéfiques secondaires, y être tellement habitué avec une image populaire du chef de famille qui rentre de la boutique tard et voilà... Donc dans ces cas-là on pense qu'il n'y a pas de problème car on pense que c'est normal entre guillemets, c'est ça que je voulais dire.

-c'est comme ça une maison sur deux, ou c'était comme ça quand j'étais petit...

Le Dr 3 parle de relation destructrice où la codépendance pousse les proches à faciliter le comportement des malades ce dont tous souffrent.

- Ça c'est quelque chose, des choses assez fréquentes. Ils sont conscients que c'est pas bon, et en même temps ça fonctionne comme ça, finalement ils obéissent à la personne alcoolique, parce que c'est leur rôle d'obéir ou pour avoir la paix parfois, pour ne pas avoir de conflit. La famille fait ce qu'elle peut et c'est certainement pas une

bonne solution, et c'est terrible pour eux, c'est des relations extrêmement destructrices dans ce genre de famille.

Le Dr 4 quant à elle, personnalise l'alcool en un ennemi à combattre jusqu'à l'épuisement, elle le rend responsable d'un dévouement unidirectionnel.

-Moi j'ai, je connais des gens ou j'avais dit à la femme, qui est une amie, ton mari a une maîtresse, c'est l'alcool, c'est pire que quelqu'un de vivant parce que, tu peux pas aller voir l'alcool en disant arrête de le tenter. Donc c'est très compliqué. C'est unidirectionnel.

Cette souffrance induite par une maladie qu'ils ne maîtrisent pas et qu'ils ne comprennent pas souvent fait naître des attentes. Ces attentes rapportées par les participants peuvent être distinguées en deux cadres : Celles concernant le buveur et son abstinence qui semblent plus évidentes aux yeux des participants et celles concernant le proche individuellement.

Dr 9 : -je pense que c'est ça qui est le plus difficile pour eux, l'impression qu'ils ont plus envie d'un sevrage pour le patient que l'alcoolique lui-même.

Dr 3 : -oui, la demande elle est là, c'est des demandes essentiellement de sevrage : « est ce que vous pouvez faire quelque chose pour qu'il boive moins ? » Ils viennent pour l'autre.

-Après il y'a aussi des demandes personnelles, le contexte familial est insupportable pour la personne et il vient nous demander de l'aide, ça, ça peut arriver aussi.

Pour le Dr 1 les proches souhaitent que leur souffrance soit entendue et prise en charge sans détailler de quelle manière.

Dr 1 : - C'est pas difficile, la famille viendrait plus souvent que le malade lui-même. Ils sont en demande la famille

-Pour eux même, c'est d'abord pour soi-même. Je crois que les proches seraient vraiment heureux, ils sont en demande, ils reculent un peu car ils pensent que le sujet le plus important c'est le malade mais ils sont énormément en demande de ce genre de prise en charge

Le proche du malade est acteur et joue un rôle qui le sort d'une éventuelle neutralité. Ce rôle est perçu positivement par certains participants qui voient le proche comme un accompagnant, un soutien œuvrant au bien-être du buveur, l'aidant à atteindre, maintenir l'abstinence. Certains responsabilisent ce proche dans le processus de soin du buveur :

Dr 1 : - Il y'en a qui viennent en couple aussi. La dernièrement c'est une dame qui soutient son mari.

-Il y a une vraie souffrance chez cette dame et ce monsieur qui fait tout son possible pour sortir de la dépendance, et elle, elle l'accompagne elle fait son possible, elle fait tout.

-La première chose que je demande à la famille c'est la bienveillance envers le patient, ne pas le stigmatiser.

Dr 2 : - il fallait quand même que quelqu'un reste avec lui, pour cacher les bouteilles et qui, ou qui le surveille parce que des fois il lui donnait à boire, mais il l'a vu tomber, des trucs comme ça. Maintenant il y'a du télétravail tout ça, mais en fait ça ne le libérerait pas vraiment, il faut tout de même rester à la maison, le surveiller.

Dr 4 : -Je pense qu'il faut que les gens arrivent à être touchés peut-être par la famille ou par quelqu'un qu'ils aiment ou peut-être se rendre compte que, mais, nous c'est difficile pour un médecin je pense.

-je préfère toujours que la famille s'investisse un peu parce que sinon c'est trop facile, je viens chez le médecin, appelez pour moi, faites ci pour moi, puis j'y vais pas c'est pas grave. J'essaie un peu de les responsabiliser.

-Donc j'en ai parlé avec la femme en lui disant là il va falloir que tu fasses quelque chose. Que tu sois derrière ton mari, la fille était là aussi donc elle a dit oui c'est vrai que c'est difficile, c'est compliqué.

-j'essaie de dire toujours, tout le monde s'y met, je pense qu'avec l'alcool il faut que tout le monde s'y mette, on boit pas de bière, on boit pas ça, et c'est là que je me rend compte que les personnes ne sont pas prêtes à s'y mettre.

D'autres le voient plutôt négativement ou de manière plus ambiguë :

Dr 1 : - Y en a qui disent : mais bois, qu'est ce qui t'arrive, t'es malade ? Le docteur il boit aussi lui. Pour un ça ira, bois. Alors que lui il est en train de lutter.

Dr 3 : -Pour moi la codépendance la plus évidente, c'est le patient qui est arrivé à un état de délabrement tel que finalement il a sa polynévrite il sort pas beaucoup de chez lui, on arrive à des patients quasi grabataires qui sont alimentés par la femme, un garçon, une fille, enfin, et qui fournissent, qui vont acheter le rhum car c'est certainement plus la personne qui peut aller l'acheter lui-même. Ça c'est ultra classique, et c'est terrible.

-Y'a des proches qui n'ont pas envie que la situation change car ils sont arrivés à un certain équilibre et que la volonté de changement est inquiétante surtout quand on a pas les armes pour les aborder.

-Je lui donne un peu d'alcool, il m'emmerde pas trop, on a trouvé un équilibre, je n'ai pas envie de changer, je sais que quand il manque d'alcool il peut être violent donc il a son p'tit verre et je suis tranquille. Ça c'est un problème avec les proches.

Dr 4 : - Ils ne sont pas complices, mais ils sont comparses.

-on sait jamais si le fait qu'il boive tout le temps ça n'arrange pas aussi.

-Et la famille, je sais pas non plus comment ils vont être parce que du coup si il ne boit plus, il va être plus présent, il va peut-être plus pénible, il va surveiller peut être plus de choses, donc en fait, c'est tellement complexe, qu'on se dit est ce que ça n'arrange pas les gens que, il boive un petit peu ou beaucoup parce que du coup il nous fout la paix.

-Je pense qu'on est dans une société où l'on a pas forcément envie de faire plus pour l'autre que, je pense qu'on est un peu individualiste, peut-être.

Enfin de manière plus isolée, les Dr 5 et 4 émettent brièvement l'idée d'un entourage responsable des TUA des proches :

Dr 4 : - Après p'tetre, une remise en question de chacun parce que quand on boit c'est peut-être parce qu'il y'a un mal-être sous-jacent donc il y'a p'tetre quelque chose dans la famille.

Dr 5 : - Et y'a des femmes violentes, y'a des femmes qui battent, y'a des femmes qui rendent leur mari alcoolique.

Le Dr 3 introduit de la nuance rejetant l'aspect manichéen de cette distinction théorique. Pour lui les comportements s'ils sont comparables doivent être compris dans le contexte familial, le gris est de mise.

-Après bon il y'a des personnes qui sont des alcooliques qui n'ont aucune motivation personnelle et la famille leur donne leur verre de rhum tous les jours, ils contrôlent la situation d'une certaine manière, moi ça me choque pas ça.

-Par contre pour certains alcooliques qui sont poly compliqués, polynévrite, en train de disparaître quoi et c'est la famille qui les alimente. Ça fait partie des situations, pas agréables et assez fréquentes.

Les participants ne sont pas insensibles aux difficultés rencontrées par les proches. Ils communiquent un éventail de sentiments, d'émotions.

La tristesse et l'impuissance sont les deux sentiments qui sont les plus partagés :

Dr 6 : - Je ressens de la perte de temps, je me dis, je sais pas faire, je n'y arrive pas. -Pour les proches surtout, moi je suis une éponge, je suis triste et quand je trouve pas de solution j'en suis presque mal à l'aise de mon incapacité de mon impuissance. C'est quelque chose qui me touche beaucoup.

-C'est ingrat car on peut dépenser beaucoup d'énergie pour peu de résultat.

Dr 2 : -Bah, là encore je me sentais assez démunie, euh, je voyais pas beaucoup de solutions immédiatement. Je me sentais démunie pour ce proche.

Dr 8 : - De l'impuissance on va dire essentiellement.

-Mais en même temps c'est l'impuissance qui prédomine parce que je peux rien faire pour les aider.

-Sur le plan affectif bien sur ça me fait beaucoup de peine.

-Ces gens-là me font beaucoup de peine car je vois le gâchis entre guillemets.

Dr 3 : - Ça c'est ultra classique, et c'est terrible.

Dr 4 : - C'est compliqué, mais vraiment, parce que pfiou...

-Bah je suis triste

Dr 7 : - C'est super compliqué vraiment très très compliqué.

L'empathie et la compassion suivent :

Dr 9 : - Qu'est-ce que je ressens par rapport à la personne ? Ben, je sais pas, de la compassion.

Dr 1 : - Alors moi à ce moment ce que je ressens, je reste, je sais pas si c'est le mot empathique, mais bon je reste, comme si je reste avec l'accompagnant, j'accompagne sa détresse, je sais pas si c'est de l'empathie. Ce n'est pas se prendre en pitié, c'est aller voir vraiment sa souffrance.

Dr 5 : - Je ressens de l'empathie car je suis fait comme ça. Quelqu'un qui vient me voir pour me dire faites quelque chose j'en peux plus, je ressens forcément de l'empathie, oui.

Le dévouement des proches impose le respect pour certains participants.

Dr 1 : - les femmes s'occupent beaucoup de leur mari. Chapeau les femmes, chapeau pour s'occuper...

Dr 2 : - Elle je la trouve forte, je la trouve pff... impressionnante, admirable tout ça de ce qu'elle est capable de faire.

-mais à sa place, j'y arriverai pas, c'est trop, euh, elle donne tout. Je trouvais ça très beau mais très, sacrificiel.

Quand pour d'autre, ces situations complexes sont tout bonnement désagréables à observer :

Dr 3 : - Par contre pour certains alcooliques qui sont poly compliqués, polynévrite, en train de disparaître quoi et c'est la famille qui les alimente. Ça fait partie des situations, pas agréables et assez fréquentes.

Résumé :

Pour les participants il est clair que les conséquences des TUA ne sauraient se limiter au seul buveur. L'entourage du malade, surtout la femme et les enfants souffrent de multiples manières et expriment des attentes diverses principalement centrées selon eux vers l'abstinence du buveur. Souvent considérés comme des victimes impuissantes et vus avec empathie ces proches ne sont pourtant pas des figurants passifs aux yeux des participants. Leur rôle est vu comme bénéfique ou négatif ou ambigu ce que le concept de codépendance, notion comprise par tous, tend à expliquer. Ces situations humaines sont vécues comme complexes, difficiles par les participants et produisent des émotions et sentiments variés où empathie et compassion dominent.

3.5 La place du médecin généraliste, son positionnement aux côtés des proches

Selon tous les participants, le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié, un acteur jouant un rôle prépondérant dans la prise en charge des proches d'autant plus qu'il est souvent le seul.

Dr 9 : - Nous sommes souvent leur seul interlocuteur à ce sujet-là, qui est souvent tabou et nous bénéficions d'une situation unique avec une relation de confiance qui s'installe dans le temps.

-Je ne vois pas à qui l'entourage pourrait en parler d'autre aussi directement.

Dr 5 : -après ça peut être que le médecin car je vois pas qui cela peut être d'autre. La médecine générale a sa place, qui d'autre que nous ?

-L'assistante sociale, il n'y a pas de raison qu'elle passe chez les gens une fois par an.

-La place du médecin généraliste même si il est parfois difficile de la situer précisément, elle est tout de même là.

-Une dénomination, peut-être un peu ancienne, c'est médecin de famille, et que lorsqu'on a vu grandir, la maintenant je suis dans la peau d'un vieux médecin, quand on a vu grandir un patient, qui était mignon à dix ans, un peu cagnard à 15 qui à 20 ans est hospitalisé une première fois, on a quand même, on peut lui rappeler ce rapport-là, je t'ai connu à 10 ans, qu'est ce qui s'est passé pour que tu dérives comme ça, on peut en parler ? Là personne d'autre peut faire ce boulot-là. L'assistante sociale ne peut pas le faire.

Dr 7 : - Et puis la place du méd-gé... C'est une place prépondérante à partir du moment où les gens on les voit plus ou moins régulièrement euh, c'est plus facile si on a le patient et l'entourage dans notre patientèle car on connaît un peu la situation, et puis on peut éventuellement se rendre compte des difficultés que peut avoir l'entourage

Dr 2 : -en pratique, je pense que je me fie plus à mon instinct, mon ressenti, ma relation médecin patient avec le proche, c'est là l'avantage d'être installé, de connaître ses patients.

Il est intéressant de distinguer deux niveaux d'analyse de « ce-ces » rôles. Tout d'abord une approche théorique dans laquelle les participants conceptualisent leur action. Pour la plupart des participants la situation des proches de malades est assimilable à celle des proches de patients souffrant de pathologies chroniques, il en découle un ensemble de missions comparables tel dépistage, prévention, accompagnement, éducation et suivi. Puis l'approche pratique qui est bien sur différente car marquée par de nombreuses difficultés tant matérielles que représentatives avec des freins parfois psychologiques. L'utilisation d'outils s'avère donc nécessaire pour certains participants et des perspectives d'évolution émergent.

Tout d'abord sur le plan théorique, on peut décrire une séparation poreuse entre deux approches. L'approche que je qualifie de « centrée buveur » où le sevrage du buveur est rendu indispensable.

Dr 6 : -on peut être amené à soulager l'aidant en initiant une cure de sevrage pour le patient.

-Eloigner le patient en initiant une cure en institut.

Dr 2 : -je pense en effet que ça viendrait, les solutions viendraient du sevrage du père. Soit de le mettre en institution pour libérer les aidants, soit un passage infirmier.

-Sans sevrage, bah ça serait possible, ça serait comme la mère de famille qui s'occupe de son mari psychotique, mais euh, ça demanderait beaucoup d'adaptation du fils.

Dr 8 : - C'est sûrement de vieilles représentations, mais à part arrêter net il me semble que rien d'autre ne peut être salutaire effectivement.

Dr 4 : - Oui mais c'est compliqué hein...Moi je pense que ça passe par un sevrage pour la personne en cause parce que sinon rien ne changera et il y'a un moment où les gens en ont marre, il y'a un moment où la famille va être fatiguée.

Dr 7 : - Tu penses que le sevrage ou alors comme tu disais la maîtrise de la conso c'est un prérequis indispensable au bien être des proches ou pas ?

-Ba oui, à partir du moment où le but du jeu c'est effectivement de diminuer les risques, euh, voilà après c'est forcément, ça peut rompre un équilibre qui s'était installé mais c'est quand même mieux je pense.

Et l'approche « centrée proche » où le sevrage n'est plus indispensable même s'il reste largement souhaité. Cette approche semble toutes fois moins instinctive et les participants sont bien moins nombreux à l'évoquer spontanément.

Dr 1 : - surtout viser la personne que l'on a en face de nous et pas dévier sur une discussion centrée autour du buveur. Ramener le discours sur elle, car si elle a des difficultés elle vient pour elle et il faut savoir recentrer sur elle.

Dr 9 : - quand un proche en parle c'est sûr que l'idéal c'est de le prendre et de l'accompagner.

Dr 3 : - Euh, moi je pense que c'est tout à fait faisable, comme, si on considère que les proches des malades alcooliques sont les mêmes que les proches d'autres pathologies, je vois pas pourquoi je pourrais pas les prendre en charge voilà.

Dr 5 : -Selon vous peut-on soulager le proche sans s'occuper du buveur, sans s'en soucier ?

-Oui il y'a sûrement un moyen de dire, toi t'as ta vie, ne t'occupe pas du problème de l'autre.

Ensuite dans la continuité du parallèle fait avec les pathologies chroniques on retrouve des missions de dépistage, d'information, de prévention, d'orientation, de protection.

Dr 9 : -Mais ça peut être le rôle du médecin généraliste de chercher à comprendre comment les proches vivent cette situation, poser la question : comment ça se passe à la maison ? Est ce qu'il y'a des difficultés, le travail etc. Ça c'est sûr que ça paraît faire partie de la prise en charge.

Dr 7 : - Il faut pas que les proches pâtissent de la pathologie de la personne, li faut pas qu'ils deviennent esclave quoi. Je suis assez d'accord. C'est un peu le rôle du praticien d'essayer de fouiller un peu.

-Bah tout dépend de la souffrance, si c'est pas grand-chose, un peu d'anxiété un peu de stress, ça on peut tout à fait le gérer à partir du moment où on va commencer à aller vers un syndrome dépressif il faut pas hésiter au moins à demander un avis chez quelqu'un d'un peu plus aguerri quoi.

-Je pense qu'on est capable de faire pas mal de chose.

Dr 6 : - En revanche, préciser dans le cadre de la prise en charge du patient alcoolique, qu'il influence son environnement ça, ça fait partie de la prise en charge je pense classique de l'informer.

-Après si lui informe son entourage je suis pas sûr que ça ait une grande influence.

-Mais heu, comme pour les violences familiales, je pense qu'une information importante peut aider à prendre conscience de l'aidant.

-Ensuite s'il a des troubles, des comportements engendrés par l'alcool comme violence, et autre alors on protège son entourage

Pour quatre d'entre eux il est clairement important que le proche exprime la volonté d'initier cette prise en charge.

Dr 5 :- je pense que, l'interdiction absolue c'est si la personne n'a rien demandé.

Dr 4 : - Oui oui, on est là pour, moi je dis toujours, si il y'a besoin, moi je suis là. Mais je vais pas forcer.

-Ils savent qu'ils peuvent appeler ou écrire ou venir.

Le Dr 1 rappelle l'importance et la complexité de respecter le secret médical dans cette prise en charge :

-C'est pas quelque chose de facile de recevoir la famille, il faut bien rester dans les clous vis-à-vis du secret médical et surtout viser la personne que l'on a en face de nous et pas dévier sur une discussion centrée autour du buveur.

En pratique peu d'entre eux parviennent à remplir ces missions, l'écart avec la position théorique est parfois important. Le Dr 1 parvient à orienter ses patients vers le CSAPA, orientation facilitée par le poste qu'elle y occupe, elle considère cette structure comme adaptée et capable de répondre aux attentes des proches. Elle reconnaît cependant qu'individuellement, dans son cabinet, le dépistage et l'accompagnement de ces proches est bien plus délicat. Elle tient à éduquer l'entourage à la maladie du buveur et pratique une prise en charge « centrée proche » selon la demande du patient nourrie de son expérience du sujet et respectueuse du secret médical.

-La codépendance est elle-même une souffrance et il y'a une prise en charge des codépendants.

-Ah euh... A notre niveau oui. Là-bas surtout (CSAPA). A partir du moment où on a quelqu'un qui est alcoolique on peut recevoir et écouter l'entourage. Il y'a une infirmière, une psychologue, toujours du monde pour écouter...Il y'en a qui viennent en couple aussi. Là dernièrement c'est une dame qui soutient son mari.

-Si on sent qu'il y'a une demande, je vais recevoir. C'est bien de le faire mais avec, déjà le malade...si il faut recevoir tout le monde...oula. Si il y a un membre de la famille qui souhaiterait me voir, ma porte est ouverte. Si elle est motivée pour venir me voir, je vais m'occuper d'elle.

-La première chose que je demande à la famille c'est la bienveillance envers le patient, ne pas le stigmatiser. Montrer qu'il est malade et là, bien décortiquer, bien expliquer ce qu'est la maladie et qu'elle est semblable aux autres. Un diabétique est bien accepté mais l'alcoolique n'est pas accepté, donc bien expliquer ce que c'est pour une meilleure prise en charge.

-Peut être que par rapport à son mari elle est arrivée vers moi, mais moi c'est pas à travers elle que je vais soigner son mari, je vais m'occuper d'elle, m'intéresser à sa propre souffrance. Je vais m'occuper d'elle, cibler sur elle.

-Je fais avec mes techniques ah ah.

- Si on commence à parler du buveur on n'est pas bon. Cibler la patiente que l'on a devant soi. Comprendre sa demande et si on la prend en charge et qu'elle s'en sort elle aussi cela pourra faire également boule de neige au sein du couple.

Rarement confronté à ces prises en charge, le Dr 6 avance une approche « centrée buveur » ,où le sevrage et l'éloignement du buveur sont les leviers privilégiés alors que l'orientation du proche pourtant avancée de façon théorique n'est pas réalisée.

-C'est plus rare que je vois des gens qui viennent pour des soucis d'alcool concernant d'autres personnes ou leur proche.

-Pour aider les proches , j'utilise pas vraiment d'aide pour les proches, en revanche il m'arrive souvent d'organiser des hospitalisations pour les patients ayant des troubles de l'usage de l'alcool pour soulager l'entourage.

-Des associations ou des instituts comme le CSAPA , la Kaz'Oté, des groupes de patients (AA, Al-Anon), est ce que tu peux orienter les patients vers ces ressources-là?

-Non.

-Et tu leur présentes Kaz'Oté, tu leur dis que ça existe ?

-Euh, dans ces cas la oui ça m'arrive d'en parler mais pas pour les proches en effet.

Le Dr 2 ne dépiste pas ces troubles. Elle conçoit que cela puisse expliquer la rareté de ses prises en charge. Sa seule expérience a été guidée par une approche « centrée buveur ». Malgré ce manque d'expérience elle parle de « feeling », ce qui peut sembler paradoxal. Au contraire, elle admet que son orientation « gynéco » l'amène à dépister plus largement les violences faites aux femmes.

-Je ne dépiste pas ces problèmes-là, euh.

-Après concernant les troubles de l'usage de l'alcool, moi je n'ai pas, bah de, patient ou de proche qui m'ont fait de demande à ce sujet.

-Mon plan c'était de l'envoyer à Robert de Bré, et du coup j'avais fait une demande d'hospitalisation urgente, voilà, en imaginant qu'il pouvait obtenir un sevrage, mais euh, voilà, c'était ma solution que j'avais proposée.

-En pratique, je pense que je me fie plus à mon instinct, mon ressenti, ma relation médecin patient avec le proche qui me dirait euh, c'est là l'avantage d'être installée, de connaître ses patients.

-Pourquoi vous recherchez ça, les victimes de violence ?

-Bah, euh, plus souvent parce que je fais de la gynéco, je vois souvent les dames déshabillées, on fait aussi des IVG et moi systématiquement dans mon questionnaire, je pose la question. Mais euh pas tellement par rapport aux répercussions d'un trouble de l'usage de l'alcool.

Le Dr 8 décrit une approche « centrée buveur » selon la demande du patient mais admet ne pas dépister les souffrances de l'entourage.

-Pour moi la solution qui me vient et qui guide mon travail c'est le projet de sevrage du buveur. Je vois pas trop ce que l'on peut faire d'autre effectivement.

-Si il n'y a pas de plainte spontanée de la part des proches je ne vais pas le rechercher non.

-C'est un travail qui sera amorcé par la demande du patient.

-Non je n'ai pas l'habitude d'aller rechercher des signes de souffrance de l'alcoolisme de proches chez mes patients que je sais entouré d'un buveur.

Non confrontée à ces troubles, le Dr 9 ne les dépiste pas, elle reconnaît que cela puisse constituer un cercle vicieux.

-Mais quelqu'un qui viendrait en consultation pour me dire moi ça va pas parce que quelqu'un boit, ça m'est pas arrivé, c'était plutôt "ma mère, ma sœur, ça va pas parce qu'ils boivent et qu'est-ce que vous pouvez faire pour les aider".

-Oui on peut penser que le nombre de gens souffrant des problèmes d'alcool d'un proche est important pour autant les patients accompagnant un proche alcoolique en consultation ou évoquant le sujet est faible en tous cas pour moi.

-Non ce n'est pas quelque chose que je recherche systématiquement auprès des gens si un de leur proche est alcoolique et s'ils en souffrent et lorsque je prends en charge un patient pour alcoolisme je ne recherche pas systématiquement la souffrance de l'entourage.

-Dans les quelques cas que j'ai pu rencontrer je ne me suis pas vraiment penchée sur le retentissement de la situation sur les proches.

-Non mais c'est vrai que la prise en charge des proches comme je t'ai dit cela ne m'arrive pas souvent, du coup je n'ai pas eu beaucoup d'occasions pour songer à intégrer des aides dans la prise en charge.

Le Dr 3 a une approche nuancée, adaptée à la demande du patient et à son ressenti de la situation. Ainsi selon les cas il peut mettre en place une approche centrée « proche » ou alors plutôt centrée « buveur ». Il dépistera ou laissera venir à lui le proche en souffrance. Il parle d'un rôle de protection. Cependant il admet ne pas utiliser de ressources pour les proches.

-Moi je ne vais pas systématiquement sur l'entourage, euh, c'est à leur demande.

-Je vais tendre des perches, enfin, ça dépend de la relation, des rapports de confiance que je peux avoir, parfois je peux poser la question directement, mais c'est variable.

-Après il y'a aussi des demandes personnelles, le contexte familial est insupportable pour la personne et il vient nous demander de l'aide, ça, ça peut arriver aussi.

-On les soigne pour ce qu'ils sont. Je n'ai pas besoin de les soigner parce qu'il y'a un sevrage.

-Oui, la demande elle est là, c'est des demandes essentiellement de sevrage, est ce que vous pouvez faire quelque chose pour qu'il boive moins. Ils viennent pour l'autre.

-On peut assez facilement quand un patient, quand il a un problème lorsqu'il est dépressif, tout ça, je vais lui poser des questions , je vais peut-être poser des questions de conso d'alcool au patient mais je vais pas lui demander si son mari , euh boit de l'alcool par exemple parce que j'y pense pas. Les conséquences sur l'entourage des addictions ne sont pas une question que je pose facilement. Donc en fait peut-être que c'est pour ça qu'on les identifie pas comme tel.

-Il a fallu protéger des mineurs. On a fait une mesure de protection pour les enfants.

-Est-ce que vous intégrez des aides ? Tout à l'heure vous disiez que quand vous faites un sevrage vous le réalisez seul ou en réseau ? Des aides en termes d'outil, de méthode, de structure, de ressource ?

-Pour les proches, non. Je sais pas faire.

Le Dr 4 a dépisté les souffrances de quelques patientes proches, en ayant à cœur de respecter le secret médical. Elle se fie à son « feeling » et accompagne les proches en ayant surtout une approche « centrée buveur » en responsabilisant le proche.

-Ca a pu m'arriver je pense de dire aux patients si ta femme vient et qu'elle m'en parle est ce que je peux lui en parler et à ce moment la si la personne me dit oui j'en parlerai à sa femme ou sa mère mais sinon c'est délicat.

-En fait je me dis, qu'avec le temps, je me bonifie, j'apprends plein de choses et j'essaye de faire, en fait c'est au feeling.

-Moi je pense que ça passe par un sevrage pour la personne en cause parce que sinon rien ne changera.

-Je préfère toujours que la famille s'investisse un peu. J'essaie un peu de les responsabiliser. Donc j'en ai parlé avec la femme en lui disant là il va falloir que tu fasses quelque chose. Que tu sois derrière ton mari.

Le Dr 5 veut aider les proches qui le demandent avec précautions, on comprend que sa crainte de faire plus de mal que de bien pondère ses démarches de dépistage. Il fait de l'éducation un point central.

-Donc moi c'est uniquement si la personne le veut.

-C'est un peu l'effet délétère de certains travailleurs sociaux qui pensent qu'effectivement il y'a tout l'entourage à soigner. Donc qu'est ce qui se passe en fait. Mettez-vous dans la peau du proche qui vient, et qui dit j'en peux plus, il faut que l'on trouve une solution, si vous lui répondez, vous êtes sûre que c'est pas en partie à cause de vous ? C'est peut-être vrai quelque part, mais balancer quelque chose comme ça, en premier contact à un proche qui vient demander de l'aide, non. Pour moi c'est clair c'est non. Cela n'apporte aucun effet bénéfique. Si la patiente me dit, justement c'est à cause de ça, oui ok, parce que la personne est en train de me donner son accord elle déverrouille sa valise elle pose les choses sur la table. On va voir ce qu'on peut faire. Mais quelqu'un qui me dit non, je ne pousse pas. Là aussi on aboutit à des situations qui sont enkystées, et qui sont témoins d'un certain équilibre, avec parfois des bénéfices secondaires, parfois des modifications de comportement ou des choses comme ça, qui aboutissent à un certain équilibre. C'est pas à moi d'aller jouer au "chamboule-tout", de tout foutre en l'air parce que moi j'estime que moi je sais.

-Vous est ce que c'est quelque chose que vous allez rechercher ? Est ce que vous allez rechercher, ce genre de problèmes familiaux ?

-Oui, oui. Oui bien sûr. Je lui demanderai des nouvelles de sa femme ou de son mari. Là on est dans une consultation de conseiller conjugal ou de psychologue.

-Maintenant il y'a une grande aide faite à cette problématique aussi bien pour les familles que pour les patients victimes, d'alcoolisme, c'est quand même de parler de maladie alcoolique, ça c'est énorme. Maintenant le résultat c'est que la personne s'accepte mieux comme ça, ils acceptent mieux leur problématique et les proches, ils vivent avec un malade qu'il faut soigner, ils vivent pas avec un vicieux, ça change tout quand même, ça change tout

Le Dr 7 bien que volontaire avoue être inexpérimenté et sans ressources.

-Toi dans ta pratique tu n'es pas vraiment confronté à cela ?

-Pas fréquemment, Bah pas fréquemment, c'est arrivé de temps en temps. Donc c'est compliqué d'être fort dans tout, on a tous des centres d'intérêt ce qui fait qu'on va plus volontiers s'occuper de ces gens-là, ou ça va dépendre des gens. Si on est intéressé au sujet, on fait la démarche d'aller chercher les infos

-As-tu en tête un nom de structure pour accueillir les proches ?

-Non.

Quelles difficultés et obstacles avancent-ils pour nous permettre de comprendre l'écart entre la théorie et la pratique ? Ils sont nombreux et il me semble judicieux de faire ici une nouvelle distinction. D'une part les obstacles au repérage, c'est-à-dire ceux qui gênent le médecin pour comprendre qu'un patient présente ce type de souffrance et empêchent le patient d'exprimer ses problèmes. Dans ce cadre on retrouve :

La qualité de la relation médecin patient qui peut faire paraître indiscret le questionnement sur la vie privée.

Dr 4 : -j'ai pu en parler avec la femme puisqu'elle était au courant, mais jamais avant j'aurais dit : « ton mari est dans la rue, il est comme ça... » parce que je respecte aussi, la vie de chacun. Avec le temps on peut entrer dans les cercles sociaux, mais pour autant est ce que l'on peut dire à une femme qui vient vous voir pour toute autre chose, bah votre mari il boit, vous devez être malheureuse.

-Des fois c'est pas facile, il faut faire attention à ce que l'on dit parce que si l'on dit un truc de trop alors pfiou.

Dr 7 : c'est un peu compliqué, faut pas que les gens se sentent jugés.

Le tabou sociétal de l'alcoolisme qui peut favoriser la dissimulation du proche buveur.

Dr 1 : -une dame que je soigne depuis plusieurs années, diabète...c'est sa fille qui me dit qu'elle est alcoolique et qu'elle ne sait plus quoi faire. Les Gamma GT étaient bons, jamais venue alcoolisée. Ça c'est difficile. Donc dans cet exemple je ne pouvais pas non plus envisager la souffrance des proches ne sachant même pas que ma patiente était alcoolique.

Dr 9 : -Ba en fait si il le formule pas, si il le verbalise pas, c'est pas quelque chose qui est accessible en consultation. A moins que la personne dise, telle personne dans ma famille a un problème avec l'alcool.

La réserve du proche à exprimer sa souffrance ou la réserve du médecin à la rechercher souvent par peur d'être intrusif.

Dr 9 : - euh, difficile de poser comme question à quelqu'un, "et sinon dans votre entourage est ce que vous avez quelqu'un... ?» Ça me paraît un peu difficile.

Dr 3 : Je vais tendre des perches, enfin, ça dépend de la relation, des rapports de confiance que je peux avoir, parfois je peux poser la question directement, mais c'est variable, c'est pas, je ne poserai pas de but en blanc la question à un conjoint, ça me semble un peu intrusif. Les conséquences sur l'entourage des addictions ne sont pas une question que je pose facilement. Donc en fait peut être que c'est pour ça qu'on les identifie pas comme tel.

D'autre part, si le repérage de la souffrance est possible, des difficultés gênant ensuite la prise en charge sont rapportées. Ces obstacles proviennent du médecin, des ressources, de l'entourage lui-même voir de la société. Ceux imputables aux médecins sont plus nombreux :

On retrouve un sentiment d'incompétence assez largement partagé.

Dr 2 : -Moi j'avais pas grand-chose à lui proposer à ce jeune.

-Ba je me sens toujours, même installée, même avec un réseau que je continue de constituer assez démunie, dans ce domaine-là, je pense, que oui j'aurais besoin d'aide. C'est vraiment des situations complexes et j'ai encore à apprendre.

Dr 8 : -Autant je me sens à peu près à l'aise pour trouver des mots pour parler avec la personne concernée par les troubles, autant chez le proche je pense que ce serait un peu plus glissant, je suis pas sûre que je serais à l'aise dans la formulation pour évoquer ce sujet-là.

-Puis le risque d'erreur diagnostique étant majoré je suis pas sûre que c'est un risque que je prendrais tout de suite.

Dr 9 : -Oui ce serait bien de pouvoir les orienter, mais je ne le fais pas. C'est pas quelque chose dont j'ai l'habitude.

Dr 5 : - Si on n'assure pas derrière, la personne se met à gratter et finalement on ne l'aide pas, elle avait mis du temps à cimenter quelque chose, je suis pas armé pour faire cela.

Dr 7 : -ouai mais le problème c'est que, c'est un peu le problème de la médecine générale et puis je l'ai vécu aussi lors de ma pratique d'urgentiste, c'est une spécialité ou il faut être hyper fort dans tout je trouve.

Sentiment d'incapacité qu'il est intéressant de rapprocher du défaut de formation déploré par beaucoup.

Dr 1 : -Que pensez-vous de la formation médicale à ce sujet ?

-Ah mon dieu, y'a rien, y'a rien du tout. Y'a rien d'écrit là-dessus, j'ai jamais vu. Mais qu'est-ce que c'est difficile.

-Nous généralistes nous n'avons pas la formation par contre eux, les spécialistes comme ça ils ont quelques outils qui démarrent.

Dr 2 : -La formation médicale...clairement, moi je n'ai pas été formée à ça , (rires) ni à l'université, ni pendant mon internat, je n'ai jamais eu de cours de psychologie, de mise en situation la dessus, sur l'accompagnement, que des notions théoriques, euh, mais plutôt pour des maladies du genre démence ou patient âgé etc. L'accompagnement des proches, un peu codifié, voilà , y'a quand même quelques trucs donnés pour les aidants de famille Alzheimer ou comme ça, euh, mais euh, pour l'alcool j'ai jamais entendu parler, jamais eu de formation.

-Et c'est regrettable selon vous ?

-Oh oui, enfin, je pense que, après c'est un peu, global, je dirais, on pourrait l'intégrer dans une formation, euh, en gros l'accompagnement, le rôle des proches et des aidants quoi.

Dr 8 : -C'étaient des cours portant uniquement sur l'alcoolique et non sur les proches. Les proches on ne les évoque pas, je n'ai pas le souvenir d'avoir eu de formation à ce sujet non, jamais.

Dr 9 : - Concernant la formation. Déjà pour les buveurs, je n'ai pas l'impression d'avoir beaucoup de formation à ce sujet mais alors pour les proches... Je pense que c'est

pour toutes les maladies en médecine, concernant l'approche psychologique je trouve que la formation est maigre voire inexistante.

-Après chacun fait en fonction de sa sensibilité. Je pense que c'est plus large que les seuls proches des buveurs car je pense que cela concerne beaucoup de proches de patients souffrant de pathologies chroniques.

Dr 3 : - j'ai fait quelques formations, et celles que j'ai fait parlent toujours du patient alcoolique, mais pff... exceptionnellement de l'entourage, mais effectivement ça pourrait être intéressant parce que je pense qu'il doit y avoir quand même un certain nombre de stéréotypes que l'on va retrouver dans l'entourage des patients alcooliques et c'est intéressant de mieux comprendre comment les aborder. Mais je n'ai jamais été formé à ce sujet.

Dr 4 : -Je sais pas parce que je n'ai jamais fait de formation la dessus, mais je pense que non, c'est tellement vaste.

Dr 5 : -Qu'est-ce que vous pensez de la formation médicale à ce sujet ?

-Elle est de zéro.

-Je rappellerai juste que pour ma génération, peut-être un peu moins pour celle d'après, j'ai été formé, il n'y a pas beaucoup de métiers comme cela, par des gens qui n'ont jamais fait mon métier. Dans les hôpitaux je suis désolé, au CHU de Toulouse, les professeurs qui m'ont tout appris sur le plan médical, n'ont jamais été médecin généraliste de ville. Donc il n'y a pas beaucoup de métiers comme ça et je dirais quasiment aucun, où la personne qui forme ne connaît pas le métier et c'est le cas de la médecine générale et c'est grave.

-Et au sujet de la formation médicale continue ?

-J'en vois rarement passer. Il faut aller la chercher car il ne me semble pas qu'elle soit dans les propositions de formation continue.

Dr 7 : -Alors la formation médicale, zéro. J'ai dû avoir un cours un peu général sur les addictions quand j'ai fait mon internat de méd-gé.

L'absence de ressources, au sens large qu'elles soient humaines ou techniques est également déplorée :

Dr 6 : -Pour le problème des Week-end, je suis pas sûr qu'on soit équipés ou qu'on ait une possibilité de gérer ce genre de répits brefs pour des alcoolisations qui seraient ponctuelles et indéterminables en soit.

Dr 2 : - Là elle est épuisée et elle a besoin d'aide tout en sachant que je n'ai pas vraiment de ressource pour l'accompagner.

Dr 8 : - Pour les proches je ne m'appuie pas sur des ressources particulières ni d'outil je n'en ai pas.

Dr 5 : -Par exemple à 300 mètres d'ici il y'a le CSAPA.

-Oui, euh je sais pas ce qu'ils y font. J'en sais rien on a jamais retour de rien. Quant au CMP, ou je sais pas quoi, les rendez-vous sont je sais pas quand, les psychologues sont pas remboursés, pfoou.

-Quelles difficultés ? c'est plus l'accès aux médicaux et paramédicaux dans le versant psychiatrique, psychologique, hypnothérapie, analyse, conseillers conjugaux etc. Qui est un accès souvent payant ou alors il faut attendre très longtemps, là je vais avoir des difficultés heu...et quelles aides, ce sont ces aides-là.

-C'est vraiment difficile dans certains cas pour les enfants par exemple entre ne rien faire et faire un signalement au procureur, entre les deux il y'a comme un flou, en tous cas pour moi, pour mon vécu.

-Est-ce que cela vous est déjà arrivé d'orienter les gens vers l'association Al-Anon ?

-Non parce que je la connais pas. Je suis désolé, non, je la connais pas.

Ce défaut de ressources peut en partie expliquer le sentiment d'isolement déploré par certains.

Dr 5 : - J'ai jamais de retour des médecins du travail par exemple. On a jamais retour de rien. Je n'ai jamais de courrier de la communauté éducative, pas de retour. Je vois pas ce qui empêche la maitresse d'école de faire un petit courrier concernant une situation préoccupante.

Plusieurs participants regrettent le caractère énergivore et chronophage de ces prises en charge, jugées longues , complexes et finalement décourageantes.

Dr 1 : -on a suffisamment de travail pour l'instant, mon dieu seigneur, il faut aller vite et bien vite et bien (5 fois.)

-C'est bien de le faire mais avec déjà le malade... S'il faut recevoir tout le monde...oula.

-C'est ingrat car on peut dépenser beaucoup d'énergie pour peu de résultat.

-Il y'a toujours des solutions, ça prend du temps et de l'énergie mais on arrive à le soulager un temps, temporairement.

Dr 9 : -l'entourage familial en tout cas, je vais être honnête hein, je déborde de patients, je ne sais plus comment faire, j'ai des rendez-vous à plus savoir, je suis toujours en train de courir après le temps.

-C'est un idéal, cela nécessite d'ouvrir la prise en charge mais c'est très compliqué à mettre en pratique. Si ça peut être fait c'est un idéal. Il faudrait se dédoubler presque.

Dr 4 : -c'est compliqué parce qu'il y'a le coté psy à gérer et ça, ça ne peut pas se faire en dix minutes.

Certains participants parlent d'une prise en charge risquée, le trouble une fois repéré, une porte borgne s'ouvre selon le Dr 5.

-Selon vous c'est trop souvent ouvrir une porte borgne, sans déboucher derrière

-Oui.

Dans la prise en charge également on retrouve la qualité de la relation médecin-patient qui reste prépondérante

Dr 2 : -C'est assez dur dans le transfert, contre transfert, etc. Dans la relation patient et, enfin, entourage et médecin.

Dr 7 : c'est un peu compliqué, faut pas que les gens se sentent jugés.

Il y a également le respect du secret médical qui semble épineux dans cette prise en charge où un patient souffre en partie des conséquences de la maladie d'une tierce personne.

Dr 1 : - C'est pas quelque chose de facile de recevoir la famille, il faut bien rester dans les clous vis à vis du secret médical et surtout viser la personne que l'on a en face de

nous et pas dévier sur une discussion centrée autour du buveur. Ramener le discours sur elle, car si elle a des difficultés elle vient pour elle et il faut savoir recentrer sur elle.

Dr 6 : -Lorsque je connais les deux patients, le proche et le buveur, j'évite, si je veux pas perdre de relation vis à vis de l'un comme de l'autre je suis prudent sur les consultations que j'ai notamment lorsqu'ils ne viennent pas ensemble. J'évite de divulguer des informations. Je maintiens une discrétion...

Dr 8 : -Souvent je m'arrête parce que je me rends compte que je parle plus avec monsieur qu'avec madame du problème de madame, parce qu'il lance le sujet car il y'a une souffrance vis à vis de ça. Il sait que moi j'ai d'autres infos, alors j'essaie de pas faire communiquer les deux vases mais c'est compliqué.

Dr 3 : -Euh, après quand ils font des demandes pour l'autre, moi je trouve cela assez compliqué, je peux les conseiller, bah de venir avec cette personne-là, de l'amener, ou alors je marque un mot dans le dossier de façon à cibler la prochaine consultation quand ils viendront pour autre chose.

Les obstacles liés plus directement aux proches sont moins nombreux. Selon les participants l'incompréhension de la maladie, de l'addiction de leur proche génère des difficultés.

Dr 1 : -Alors, Selon vous la première difficulté c'est de leur faire comprendre ce que c'est les troubles de l'usage de l'alcool ?

-C'est ça. La famille va penser, comme c'est lui qui boit, ça ne concerne que lui.

Dr 3 : - Il doit y avoir quand même un certain nombre de stéréotypes que l'on va retrouver dans l'entourage des patients alcooliques.

Dr 5 : -Donc euh, il faut juste que les gens prennent conscience qu'une personne qui a une addiction sévère, déséquilibre plusieurs proches et qu'à ce moment la euh, bah il faut que les proches prennent le chemin du cabinet seules ou en groupe, et qu'on puisse faire quelque chose mais je vois pas comment modifier ça autrement.

Dr 7 : -Bah souvent les gens ne comprennent pas, l'addiction c'est un trouble que l'entourage a du mal à comprendre souvent ils ne comprennent pas parce qu'ils ne le sont pas. Déjà ils ont du mal à comprendre et souvent ils ont l'impression que « pof » on peut le résoudre du jour au lendemain.

Parfois les proches manqueraient de motivation pour mettre en place des adaptations, leur envie de changement ne serait pas suffisante, l'immobilisme s'installe.

Dr 1 : - alors il faut que le proche soit en demande, tu comprends, s'il est pas en demande bah, il y'a un problème de motivation.

Dr 3 : - Oui, et ils me disent, toujours oui, ils sont conscients que c'est pas bon, et en même temps ça fonctionne comme ça, finalement ils obéissent à la personne alcoolique, parce que c'est leur rôle d'obéir ou pour avoir la paix parfois, pour ne pas avoir de conflit. Alors là c'est compliqué.

Dr 4 : - On sait jamais si le fait qu'il boive tout le temps ça n'arrange pas aussi. C'est très compliqué, c'est très complexe.

-En fait on saura jamais ce que les proches font pour maintenir ou pas l'équilibre, donc on saura jamais.

Plusieurs participants soulignent l'inégalité d'accès aux soins payants, ils déplorent notamment le coût trop élevé de certains paramédicaux, ce qui empêche l'entourage de bénéficier d'un suivi de qualité.

De Dr 8 : -La question financière est prépondérante...

Dr 5 : - les psychologues sont pas remboursés, pfoou.

-La dans notre secteur il y'a un hypnothérapeute, il n'est pas venu se présenter et moi non plus, mais, c'est pas remboursé et je ne travaille pas dans un secteur où cela ne pose pas problème...

-C'est difficile parce que je pense que les psy sont pas remboursés et que c'est une grossière erreur.

Enfin certaines représentations sociales partagées par un grand nombre de personnes sont un frein à l'accompagnement des proches.

Dr 6 : -Je suis pas sûr quand on parle d'aidant... s'il y'a une forte adhésion de la société sur la notion d'accompagnement avec par exemple les arrêts de travail, ce genre de choses pour s'occuper des gens, pour l'alcool... je suis pas sûr que la pathologie de trouble de l'usage de l'alcool soit socialement acceptée.

Dr 8 : -Peut-être que les mécanismes de coalcoolisme lorsque c'est une femme qui boit vont avoir vocation à cacher, dissimuler ses troubles tant l'alcoolisme féminin reste tabou.

Dr 9 : -Oui je pense complètement car nous sommes souvent leur seul interlocuteur à ce sujet-là, qui est souvent tabou.

Quelles sont les ressources utilisées et envisagées par les participants pour les aider dans cette prise en charge largement vécue comme difficile ?

Il y'a les ressources institutionnelles avec les centres et structures pluridisciplinaires de ville et les services hospitaliers.

Dr 1 : -La codépendance est elle-même une souffrance et il y'a une prise en charge des codépendants, là-bas surtout (CSAPA).

-L'ANPAA, ils ont fait un truc ça s'appelle affaire de famille, c'est trop bien.

Dr 8 : -Moi je connais que la Kaz'Oté sinon j'oriente vers le CMP ou des psy en ville pour des familles pour qui ça marche financièrement.

Dr 6 : -c'est à dire qu'une personne qui s'alcoolise qui devient agressive le week-end, au début ça va après c'est tous les jours, je pense que c'est à ce moment-là que le système de la prise en charge ou de l'hospitalisation de répit elle prend toute son ampleur vis à vis des aidants.

-Pour aider les proches, j'utilise pas vraiment d'aide pour les proches, en revanche il m'arrive souvent d'organiser des hospitalisations pour les patients ayant des troubles de l'usage de l'alcool pour soulager l'entourage mais pas au sein d'un réseau.

Les spécialistes qu'ils soient médicaux ou paramédicaux sont également sollicités.

Dr 1 : - Nous généralistes nous n'avons pas la formation par contre eux, les spécialistes comme ça ils ont quelques outils qui démarrent. Il est bon que d'autres interviennent pour aider le médecin généraliste.

Dr 3 : - Pour les proches, non. Je sais pas faire. Si de temps en temps un psychiatre ou psychologue mais rien de spécifique. Si le patient (proche) présente des symptômes psychiatriques je l'oriente mais hormis ça non.

Dr 7 : -A partir du moment où on va commencer à aller vers un syndrome dépressif il faut pas hésiter au moins à demander un avis chez quelqu'un d'un peu plus aguerri quoi.

Le Dr 6 quant à lui évoque la PTA (Plateforme d'Appui Territorial), ressource facilitant l'orientation du patient même si il admet ne pas y faire appel en pratique.

-Est-ce que tu as des idées des exemples de réseaux pour les proches ?

-Il y'a la plateforme d'appui territorial qui fonctionne très bien, c'est des personnes qui sont compétentes dans l'utilisation des ressources, sur des situations sociales un peu délicates où on maîtrise pas l'ensemble, l'intégralité des aides disponibles, eux sont capables de faire un bilan et savent à quelle porte sonner pour obtenir des aides.

Plusieurs perspectives émergent pour faciliter, améliorer cette prise en charge complexe. Seule Le Dr 1, en fin de carrière professionnelle, ayant travaillé de nombreuses années auprès de patients et de familles présentant des TUA, ne souhaite pas de modification de sa pratique. Néanmoins elle pense qu'une meilleure formation des médecins est une perspective intéressante pour ses confrères.

-Je ne souhaite pas modifier mon approche, peut-être pour les jeunes généralistes.

Tous les autres participants évoquent des modifications pour leur propre pratique ou des hypothèses plus générales. Une large partie d'entre eux souhaite une meilleure formation, que celle-ci porte sur la codépendance où plus globalement sur l'accompagnement des proches de malades chroniques.

Dr 6 : -Dans l'immédiat j'ai pas d'idée, maintenant je pense qu'une formation sur l'opportunité, les clefs, l'accompagnement, avoir une formation précise sur la gestion en fonction de la pathologie de l'aidant, affiner en fait le fardeau et pouvoir trouver des solutions adaptées à chaque cas en fonction de la pathologie du malade. Je pense que là-dessus on pourrait gagner en efficacité.

Dr 2 : -Je pense que, après c'est un peu, global, je dirais, on pourrait l'intégrer dans une formation, euh, en gros l'accompagnement, le rôle des proches et des aidants quoi. Euh pas forcément le spécifier à l'alcoolisme ou à une autre addiction ou maladie.

Dr 3 : - Peut-être que ce serait intéressant d'avoir une formation un petit peu plus spécifique là-dessus, de la même façon qu'on peut catégoriser plusieurs sortes

d'alcooliques, de pouvoir catégoriser plusieurs modes de fonctionnement de proches et pouvoir ensuite s'adapter à ces profils.

Ils sont plusieurs également à souhaiter bénéficier d'outils facilitant cette prise en charge.

Dr 8 : -Si c'est fonctionnel et simple ça peut être intéressant. C'est souvent un appui ce genre de test.

Dr 3 : -Ça pourrait être intéressant de chiffrer la souffrance de l'entourage mais pas forcément que pour l'alcool, pour les maladies chroniques de façon générale pour leur faire comprendre, leur montrer que ce qu'ils endurent est insupportable. Ça, ça me semble intéressant. Parce que à partir de ce moment-là on peut travailler. Parce qu'il y'a du déni. Là ça permettrait de passer le pas.

Dr 5 : -Est-ce que selon vous un outil à l'image du ZARIT vous serait utile ? Ou alors des scores on en a trop et dans ce cas ce n'est pas pertinent ?

-Non au contraire, je pense que c'est très pertinent mais encore une fois pour moi je pense que l'interdiction absolue c'est si la personne n'a rien demandé. Je pense que c'est un outil que je proposerai au cas par cas avec une demande émanant du patient et qu'il remplira seul ou avec moi et que l'on étudiera ensemble.

Dr 7 : -Les autres échelles je ne les connais pas vraiment après pourquoi pas avoir un outil pour essayer de dépister un peu...Pourquoi pas avoir quelques questions à poser.

Certains trouvent important d'essayer de recentrer la prise en charge sur les proches, de changer la focale, d'organiser un suivi leur étant adapté en dédiant par exemple des consultations à cette problématique.

Dr 8 :- Être plus à l'écoute des difficultés familiales.

Dr 9 : -peut-être en reconvoquant systématiquement la personne qui est venue en consultation et qui se présente comme un proche pour non plus parler du proche qui boit mais pour parler de ce proche uniquement. Créer une consultation dédiée à cela. Changer le focus en prenant le temps. C'est souvent délicat de tout faire lors d'une consultation vaste car certains sujets sont introduits en fin de consultation, lorsque le temps manque. On peut planifier des consultations dédiées.

Dr 7 : -puis peut-être euh, essayer de creuser un peu plus sur leurs difficultés plutôt que d'avoir un ressenti sans poser clairement les questions.

Si certains aimeraient bénéficier de nouveaux outils il apparait également que mieux connaître les ressources d'ores et déjà existantes est important.

Dr 2 : -c'est vrai qu'avoir des repères, des structures, des aides, pour les aidants ça me paraît nécessaire à connaître en général.

-Je pense, que oui j'aurais besoin d'aide, il serait nécessaire de donner connaissances aux médecins généralistes des structures qui peuvent exister , les associations de patient aussi j'imagine qui pourraient aider.

Dr 3 : - Peut-être mieux connaître les ressources proposant l'accompagnement des proches. Par exemple pour la Kaz'Oté je ne savais pas qu'ils proposaient cet accompagnement spécifique. Je n'ai jamais entendu que ce suivi était proposé où que ce soit.

Dr 7 : - avoir les interlocuteurs pour justement éventuellement pour les orienter vers des asso je trouve ça plutôt, plutôt pas mal effectivement.

Enfin mieux informer les proches et sensibiliser la population générale sur les répercussions des TUA sur l'entourage des malades paraît également nécessaire pour certains participants.

Dr 6 : - Mais heu comme pour les violences familiales, je pense qu'une information importante peut aider à prendre conscience de l'aidant.

Dr 4 : -On n'a pas assez je pense fait de pub ou fait de flyer de truc pour montrer les dégâts de l'alcool à dix ans, parce que le mec il va être dans la rue, il va marcher comme ça, mais ça on l'explique pas aux gens.

-On est dans une population où les gens ont besoin de voir. Si on leur dit, ça ne marche pas, il faut des dessins animés ou autre chose. C'est ça qui marche et je l'ai toujours constaté. Il faudrait expliquer ces dégâts.

Dr 5 : -Donc euh, il faut juste que les gens prennent conscience qu'une personne qui a une addiction sévère, déséquilibre plusieurs proches et qu'à ce moment la euh, bah il faut que les proches prennent le chemin du cabinet seules ou en groupe, et qu'on puisse faire quelque chose mais je vois pas comment modifier ça autrement.

Résumé

Les proches des patients présentant des TUA sont rarement pris en charge par les participants qui comprennent pourtant tous leur souffrance. Dissimulée par la masse du travail nécessaire à la prise en charge des patients présentant un TUA cette souffrance reste souvent silencieuse. La complexité est à tous les niveaux. Dans l'approche de l'entourage, dans la libération de la parole, dans sa réception et dans la proposition de l'aide. Bien que reliant les troubles de l'usage de l'alcool aux pathologies chroniques en général il existe de nombreuses différences qui font du proche de patient présentant des TUA un aidant à part. Les participants ont en conscience l'objectif de qualité de soin dans des domaines divers et variés qui est un des plus grands défis de notre spécialité. Ils pensent majoritairement qu'il est nécessaire d'améliorer la prise en charge des proches. Ils émettent des perspectives d'évolution de leur pratique qui passent souvent par une formation médicale et une meilleure connaissance des ressources déjà disponibles.

4 Discussion

4.1 Discussion de la méthode

La méthode qualitative et son versant phénoménologique sont appropriés et pertinents dans cette étude. En appliquant une méthode scientifique l'approche qualitative permet l'analyse de recueils de témoignages subjectifs pour en extraire du sens et comprendre les acteurs du soin d'une manière profonde, pleine. La subjectivité des discours n'est plus un biais, c'est ce qui permet de saisir le sens notamment celui que le praticien donne à sa pratique. L'entretien permet l'interaction entre le chercheur et le participant. Cela structure le discours du participant et enrichit le recueil.

L'approche qualitative positionne les participants en tant que sujet et s'emploie rigoureusement à produire une description profonde de leur expérience ce qui en a fait une méthode de choix pour explorer les pratiques et les attentes des médecins dans des contextes complexes. Elle permet de dégager des perspectives de recherche nouvelles également. Cette méthode est exigeante pour l'investigateur qui doit mettre

de côté ses représentations et positions pour laisser s'exprimer complètement le médecin et laisser émerger le sens.

Mon étude est bien sur critiquable certains éléments méthodologiques font sa force tandis que d'autres sont des faiblesses.

Ce qui fait la force de cette étude :

- Son sujet est original. La prise en charge des proches de patients présentant un TUA n'a pas fait l'objet d'étude de ce type notamment à la Réunion.

- Pour explorer ces pratiques en situations complexes et en comprendre les contraintes et leviers la méthode qualitative phénoménologique est pertinente.

- l'entretien individuel semi dirigé articulé autour d'un questionnaire à questions ouvertes permet l'indépendance des réponses, la préservation de leur singularité en évitant notamment le conformisme que la crainte du jugement peut provoquer lors d'enquêtes en groupe. En garantissant anonymat, écoute neutre et attention mais aussi en relançant la discussion, les informations recueillies, souvent nombreuses permettent des explorations exhaustives riches.

- Le mode de recrutement par échantillonnage raisonné en variation maximale a permis une variabilité des participants sur des critères d'âge et de sexe sans toutefois que cela permette d'être représentatif des médecins Réunionnais. En ne recrutant pas les participants via les centres et services d'addictologie cela a permis de ne pas surreprésenter les médecins très expérimentés.

- l'expérience des deux entretiens test a permis de débiter le recueil des données avec une certaine assurance, préparé à l'exercice.

- L'utilisation d'un journal de bord a permis de structurer mes réflexions et de permettre l'évolution du questionnaire et l'amélioration des entretiens.

- La triangulation des données rendue possible par l'analyse des entretiens par un autre chercheur a notamment permis de lutter contre l'interprétation et la subjectivité.

- Pour que les informations ne se perdent pas les entretiens étaient retranscrits directement après la rencontre du chercheur et du participant et leur analyse débutait dans le même temps également. Cela a permis de préserver les informations issues

du non verbal. Quant au verbal et de manière plus technique, les entretiens étaient enregistrés par deux dispositifs pour ne pas risquer de perte d'information.

-L'analyse profonde des entretiens permet l'exploration d'expériences singulières et la compréhension de situations complexes aux déterminismes multiples. Cette analyse dite idiographique est permise par le nombre restreint de participants et par la durée des entretiens : 45 minutes en moyenne. Pour permettre des rencontres sereines propices aux échanges longs et fructueux le choix du lieu de rencontre était laissé aux participants qui ont tous choisi de mener les entretiens au sein de leur cabinet.

-Le mode de recrutement a évolué au cours de l'étude notamment pour s'adapter aux faibles taux de participation. La majorité des participants a été recrutée par sollicitation directe en face à face. Ici le confort de la distance n'est plus et le taux de participation s'en est vu grandement augmenté. Ceci a permis de recruter et d'intégrer à l'étude des participants probablement spontanément peu enclins à échanger sur le thème de l'addictologie. En conséquence le biais naissant d'une sélection de participants déjà sensibilisés ou intéressés est diminué.

- La grille internationale COREQ72 (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) a été utilisée comme ligne directrice d'écriture de ce travail de recherche.

Ce qui fait les faiblesses de cette étude :

-Malgré la triangulation des données l'interprétation du chercheur demeure et influence le sens émergent de l'analyse des données.

-la réalisation de deux entretiens tests n'a évidemment pas suffi à gommer ma naïveté concernant cet exercice complexe. Des erreurs ont pu être faites lors des entretiens notamment en influençant mon interlocuteur par manque de neutralité ou par l'axe de certaines questions de relance. Cette influence a pu être amplifiée par le caractère tabou des TUA et la crainte de détonner en exposant une vision personnelle jugée non consensuelle. Certains participants ont pu faire preuve de retenue malgré l'anonymisation de leur participation.

-Cette influence des participants a pu commencer dès le recrutement. La sollicitation directe a amené à faire participer des médecins qui autrement auraient probablement décliné l'invitation notamment par manque d'intérêt au thème de l'étude. Ces faiblesses nuisent à la validité interne de l'étude.

Bien que présentant des avantages, le nombre restreint de participants limite la validité externe aussi appelée transférabilité notamment par défaut de diversité. Ceci peut également provenir de la restriction géographique de l'échantillonnage à une zone limitée de la Réunion.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Un regard

L'éclectisme des représentations et rapports des participants aux TUA est dans la continuité de ce qui est observé dans la littérature médicale. L'écart entre un ressenti spontané parfois réprobateur teinté de jugements et la notion de maladie fait naître la confusion chez certains médecins. Il m'a paru opportun d'explorer les représentations des participants concernant les proches à la lumière de leur représentation plus globale des TUA. Cette première exploration lors de l'entretien permet d'opposer une vision globale négative des TUA à une vision bienveillante empathique des proches. La complexité relie ces situations. La plupart des participants résume l'interaction malade-proche à un couple figé bourreau-victime. Ce binôme inscrit le buveur et son entourage dans un système moral singulier que l'on ne retrouve pas dans la plupart des autres pathologies quand bien même les participants assimilent souvent les TUA aux autres pathologies chroniques. Concernant le buveur le poids de la culpabilité est lourd. Les médecins participants ne remettent pas en question que les TUA soient une maladie. Pourtant la grande majorité d'entre eux se questionne sur la place de la volonté du buveur. Le malade est assimilé à sa pathologie à sa gravité et à ses conséquences si nombreuses dont il est rendu responsable par manque de volonté. En miroir le proche est impuissant, victime. Peu de participants ne partagent pas cette représentation dualiste. Le Dr 1 hésitait un instant entre deux termes pour décrire son rapport aux proches : empathie et compassion. Tous se disent empathiques mais leur

vocabulaire dévoile leur pensée qui se rapproche de la compassion. Comme un phare « l'alcoolique » et ses « vices » éblouissent les soignants et cachent les proches. La compassion pour ces victimes devrait motiver leur recherche et accompagnement. Nous verrons qu'en rendant le buveur coupable de tout et le proche responsable de rien il ne paraît pas nécessaire d'axer les efforts de prise en charge sur le proche. Il ressort chez une petite proportion de participants une vision plus nuancée du rôle du proche qui peut avoir des comportements néfastes pour le buveur. Par soumission ou par peur du changement le proche peut entretenir le TUA en facilitant l'accès à la boisson notamment. La responsabilité l'éclabousse, cependant aucun participant ne parle du rôle du proche dans sa propre souffrance. Bien que la responsabilité vis-à-vis du trouble se partage, le TUA demeure l'unique cause de la souffrance du proche. Ainsi la vision globale positive qu'ils ont à leur égard demeure. Cette empathie et cette bienveillance ne sont pourtant pas suffisantes pour que les participants voient avec enthousiasme cette prise en charge même s'ils s'accordent tous sur le rôle majeur qu'ils ont à tenir dans leur suivi.

La complexité de la prise en charge des TUA provient essentiellement de la modification du comportement et du psychisme du buveur par l'addiction à l'alcool. La dépendance physique et psychique forte expose la prise en charge à de nombreux échecs ce que déplorent les participants. La complexité de la prise en charge des proches provient quant à elle essentiellement de leur « dissimulation » et du manque d'habitude et de connaissances des soignants ce qui la rend plus difficile, chronophage, énergivore, frustrante.

La comparaison des situations de l'entourage des buveurs à celles des aidants de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes a été faite lors de l'étude « La consommation excessive d'alcool : un lourd fardeau pour l'entourage » (25) . Cette comparaison a également été faite par les participants si bien que je l'ai intégrée à mon questionnaire sous la forme d'une question de relance à partir du troisième entretien. Les participants assimilent largement ces deux situations, l'entourage proche du buveur est responsabilisé comme l'aidant d'un malade en perte d'autonomie. Cependant je n'ai pas questionné les participants sur leur prise en charge générale des aidants. La comparaison de ces deux populations s'est limitée à la vision qu'en avait les participants sans explorer la prise en charge des aidants d'autres malades. Lorsque les participants extraient le proche de la passivité c'est en le rendant

acteur de la prise en charge du TUA. Il doit prendre des rendez-vous pour le buveur et sa prise en charge. Il doit motiver, accompagner, surveiller le buveur. Cela peut sembler paradoxal.

4.2.2 Des connaissances

« Ce qui est vachement dur dans notre spécialité c'est qu'il faut être bon en tout ». Par ces mots le Dr 7 met le doigt sur une des difficultés de notre discipline. Le médecin généraliste n'est pas omniscient mais ses compétences doivent couvrir un large champ du domaine médical ainsi que social et administratif. Les connaissances en addictologie des participants peuvent paraître insuffisantes et ils sont nombreux à le déplorer eux même. Pour autant cela ne doit pas occulter ce que le médecin généraliste connaît. Ces entretiens nous permettent d'apprécier les connaissances des participants, celles qui font leur force et celles qui leur font défaut.

4.2.2.1 Connaissance du patient

C'est ce qui fait la particularité du médecin généraliste exerçant en cabinet de ville. Comprendre et connaître son patient est une aide majeure pour prodiguer des soins efficaces. C'est parce que nous adaptons nos soins à la réalité de la vie de nos patients dans un esprit d'autonomisation et un mouvement global d'autodétermination que comprendre nos interlocuteurs est fondamental. Cette attention est répétée consultation après consultation, la force de notre spécialité c'est également le suivi entretenu dans le temps. On retrouve cela dans les entretiens. Tous les participants s'accordent sur leur connaissance de leur patientèle. Pour eux cette connaissance du patient est singulière, on ne la retrouve pas chez tous les acteurs du soin. Cette place est également appréciée par les patients pour qui le médecin généraliste demeure un interlocuteur privilégié et familier. Dans le domaine de l'addictologie cette connaissance est précieuse. La place de cette discipline à la confluence de plusieurs domaines rend très utile la vision globale que le médecin généraliste a de ses patients selon les participants. Cela comprend une bonne compréhension de l'environnement social, familial, professionnel et culturel du patient. Néanmoins ce n'est pas forcément vrai pour tous les patients et cela ne permet pas toujours de connaître l'existence de TUA ou d'une souffrance de l'entourage. En effet si un consensus net apparaît lorsqu'on évoque la connaissance du patient il en est un autre qui semble s'y opposer,

c'est la notion de tabou. Les TUA ne sont pas des pathologies comme les autres, les addictions ne sont pas des pathologies comme les autres. Les changements de dénomination pour décrire ce qu'on appelle aujourd'hui les TUA témoignent de la volonté d'apporter l'objectivité de la rigueur scientifique pour dissiper les voiles du jugement, de la morale qui n'ont pas leur place en médecine et en science en général. L'effort est fait pour que ni la boisson ni le buveur ne soient stigmatisés ou rendus responsables. Cet objectif fait évoluer les représentations de chacun à un rythme inégal et aujourd'hui, la honte, le tabou, l'honneur continuent de dissimuler ces troubles, gênant leur témoignage et leur écoute jusque dans le cabinet de médecine générale.

4.2.2.2 Connaissance de l'existence d'un TUA et de la souffrance des proches

En conséquence, les participants avouent être souvent inconscients des troubles de l'usage de l'alcool de leurs patients. Ces troubles deviendront visibles lorsqu'ils auront eu des impacts objectivés sur des prises de sang ou lorsque le patient les évoquera lui-même. Plusieurs des participants disent ne pas rechercher systématiquement l'existence de troubles de l'usage de l'alcool. D'autres doivent s'aider d'exams complémentaires pour débusquer ce trouble. Tous admettent ne pas rechercher l'existence des proches en souffrance. D'une part lorsqu'ils suivent un patient présentant un trouble de l'usage de l'alcool aucun ne recherche auprès du patient l'existence de proches en souffrance. D'autre part l'existence d'une personne présentant des TUA dans l'entourage de leur patient n'est pas recherchée même lorsque le patient présente des complications psychiques. On comprend qu'il y'a là un point important à observer. Tous les participants ont en conscience la prévalence importante dans leur patientèle de patients présentant des troubles de l'usage de l'alcool. Tous comprennent que les troubles de l'usage de l'alcool d'un patient impactent son entourage proche au premier rang duquel se trouve la famille. Tous envisagent les souffrances que peuvent rencontrer l'entourage. Pourtant, aucun ne recherche cette souffrance. Les participants n'ont pas accès, ils ne connaissent pas cette population.

Le terme désignant les mécanismes complexes en jeu dans la relation du proche au

buveur : « coalcoolisme » ou « coaddiction » qui n'est pas limité au seul TUA mais s'applique largement au champ de l'addictologie est inconnu de tous. S'il a fallu, en la désignant de manière singulière, distinguer la souffrance du proche de TUA de celle de l'aidant au sens large c'est qu'il existe des spécificités, des niveaux de complexité dont la compréhension est nécessaire pour accompagner cette population. Cela n'a pas empêché, loin de là, qu'ils comprennent et saisissent la notion au fil des entretiens. La notion de codépendance théorise la réserve du proche à se faire accompagner et explique que malgré sa souffrance le proche n'est que rarement en demande de soins pour lui-même. Cette méconnaissance de tous les participants, couplée à l'absence collective de recherche active de cette souffrance montrent que ce qui caractérise le proche du buveur leur échappe.

4.2.2.3 Connaissance de la prise en charge des proches et des ressources

Les participants connaissent les ressources addictologiques de l'île. Leur connaissance est parfois parcellaire mais les médecins savent orienter les patients présentant des TUA vers les spécialistes, ils savent organiser des cures et parfois ils s'appuient sur le réseau addictologique extra hospitalier. Mais ces ressources, ils le concèdent, ne sont jamais utilisées pour les proches. Pourtant la majorité d'entre elles s'adresse également aux proches. Leur prise en charge qu'elle soit associée à celle du buveur ou indépendante est proposée dans les structures addictologiques hospitalières et extra hospitalières de l'île. Certains n'y pensent pas mais on comprend que la majorité d'entre eux ne sait pas que ces ressources permettent l'accompagnement des proches. Aucun des participants ne connaissait l'association AL-Anon ou les autres associations accueillant les proches. Je ne leur ai pas demandé s'ils orientaient leurs patients présentant des TUA vers les groupes de patients ou associations locales.

4.2.2.4 Connaissances théoriques du sujet :

Il émerge de ces entretiens que les connaissances des participants sont principalement empiriques. Aucun d'entre eux ne connaissait le terme de « codépendance ». La question concernant la codépendance arrive en troisième position, elle marque un tournant dans le questionnaire. Lors de la conception du

questionnaire j'ai délibérément choisi de débiter par deux questions laissant la possibilité aux participants d'évoquer les proches soit en tant que sujet principal soit en les intégrant dans leur récit. Aucun d'entre eux n'a choisi de discuter de ces patients-là. Marquer le tournant de l'entretien par une question concernant la codépendance permet de rentrer dans le vif du sujet. En revanche cela a pu influencer les réponses suivantes. En effet aucun participant ne connaissait ce terme et tous attendaient des explications. J'avais anticipé cela en préparant une réponse présentant les grands principes de ce concept sans rentrer dans les détails mais j'ai influencé les réponses des participants. Sans doute que les réponses à la question suivante qui les interroge sur les difficultés que traversent les proches ont été influencées. Leur réponse aurait-elles été moins riches ? Ce biais d'influence est regrettable.

Le questionnement sur la formation médicale dont ils ont pu bénéficier à ce sujet va également dans le sens du défaut de connaissances théoriques. Tous sans exception rapportent une absence de formation à ce sujet. Que ce soit pendant leurs études, lors de leurs formations hospitalières ou plus tard lors de la formation continue. Tous regrettent cette absence de formation mais la plupart ne la limiteraient pas au seul champ des proches de patient présentant un TUA. Ils assimilent la situation des proches de buveurs à celle des aidants en général. Ce qui fait la particularité des proches des buveurs leur échappe ou ne leur semble pas significatif. Cela ne doit pas éclipser les connaissances empiriques des participants acquises à force d'exercice. Elles sont inégales et paraissent corrélées au temps d'exercice.

4.2.3 Des expériences

L'expérience des participants concernant la prise en charge des proches de patients est hétérogène. D'emblée on peut distinguer deux groupes principaux : les médecins expérimentés et les non expérimentés. Trois médecins ont une plus grande expérience de ces prises en charge.

Leurs entretiens retrouvent des connaissances empiriques acquises avec le temps, qui ne permettent pas toujours de proposer des prises en charge adaptées ou protocolisées ni même de connaître les ressources environnantes mais elles ont développé une certaine sensibilité au repérage et favorisent l'accompagnement des proches. Ce qui distingue ces deux groupes c'est d'abord la durée d'exercice mais

aussi le rapport que les participants ont avec les TUA. Dans le groupe des médecins non expérimentés on retrouve donc essentiellement les participants de moins de 50 ans mais cette répartition n'est pas stricte. Ainsi le Dr 4 qui a toujours exercé en tant que médecin libéral à la Réunion ne semble pas très familiarisée avec l'accompagnement des proches. Cela doit être mis en perspective avec son aversion clairement exprimée des TUA.

Ce que cette expérience semble permettre c'est une meilleure compréhension des souffrances des proches et de la complexité de leurs mécanismes. Pour les médecins non expérimentés le buveur est la source de toutes les souffrances du proche. Le proche est vu comme une victime. Son salut passe d'abord par le sevrage. Les médecins expérimentés grâce à leurs rencontres de proches nous montrent que cela n'est pas si simple. C'est leur expérience qui fait sortir le proche de la neutralité et qui soulage un peu le buveur du poids de la culpabilité. Ils pensent en conséquence que les proches peuvent nécessiter un suivi individualisé ne se limitant pas au sevrage du buveur et pouvant s'en passer mais qui par la même occasion se complexifie aussi.

4.2.4 Des difficultés et des perspectives

Les participants rapportent de nombreuses difficultés qui gênent tour à tour le repérage et la prise en charge de cette population. Ces difficultés viennent principalement d'un manque de connaissances et d'un défaut de temps. Le manque de connaissances qu'il soit le fait du médecin ou du patient participe au tabou, à la dissimulation des troubles et à l'insuffisance de repérage. D'autre part des difficultés organisationnelles gênent le praticien ne lui laissant pas le temps nécessaire pour ces prises en charge complexes. Le sentiment d'isolement que certains déplorent poursuit d'alourdir la tâche. Cet isolement naît parfois d'un manque de connaissances, celles des ressources pertinentes mobilisables. La méconnaissance des besoins, des attentes des proches, des ressources disponibles et de leur accès participe à l'impression de « tâche insurmontable ». Bien qu'ils dressent individuellement un tableau incomplet des souffrances des proches les participants ne sont ni étrangers ni insensibles à leurs difficultés. Les répercussions financières, la honte, les violences, le surinvestissement, l'isolement social, les difficultés organisationnelles et l'impact sur l'emploi, l'éducation des enfants, leur éventuelle parentalisation, toutes ces répercussions leurs sont connues. Pourtant spontanément le proche n'est pas vu comme le sujet du soin. Le

questionnement sur le rôle du médecin généraliste dans leur accompagnement opère un changement de focale, si bien que le participant se retrouve souvent devant un défi qui se dessine, se crée presque de novo. Rationnellement les participants font du médecin généraliste un acteur pertinent et capable d'accompagner les proches. Il n'est jamais très enthousiasmant de comprendre que l'étendue de nos prérogatives s'agrandit. En conséquence, des perspectives d'évolution émergent des entretiens, elles visent essentiellement à pallier ces manques de connaissances et de temps. Des formations pour les médecins, de l'éducation pour les patients et la population générale. Des adaptations organisationnelles comme la planification, l'échelonnement des consultations. Un meilleur fléchage des ressources et une meilleure communication à leur sujet destinée aux patients et aux médecins.

La généralisation de la recherche de proches en souffrance semble également être une perspective intéressante notamment lorsqu'un patient présentant des TUA est pris en charge. Cette systématisation de la recherche est souhaitée par l'entourage notamment par les proches victimes de violence. Associée à une meilleure connaissance des signes à observer cette systématisation peut soulager les médecins du sentiment d'intrusion que certains participants redoutent.

Pour les aider, des outils d'aide à l'évaluation de la souffrance à l'image du ZARIT semblent intéresser les participants mais aucun d'eux ne les évoque spontanément. Mon travail de recherche m'a amené à m'intéresser à cette échelle d'évaluation du fardeau en m'inspirant de l'étude « La consommation excessive d'alcool : un lourd fardeau pour l'entourage » (25). Cette échelle avait été ajustée pour correspondre au mieux aux situations des proches des patients ayant un TUA. J'avais également créé à partir des différentes échelles d'évaluation du fardeau un outil bipartite sous la forme d'un questionnaire court et d'un questionnaire plus long. Il voulait permettre un dépistage lorsque la consultation n'est pas dédiée à la problématique et une évaluation plus fine de la souffrance lorsque le temps le permet, lors d'une consultation dédiée par exemple. Pour ne pas influencer les participants j'ai évoqué cet outil en toute fin d'entretien. Pour les participants les outils d'aide au diagnostic et au dépistage sont majoritairement des aides précieuses lorsqu'elles sont pertinentes. Cependant leur existence n'est pas toujours connue et leur nombre et diversité participent à une impression paradoxale : Au lieu d'aider à améliorer la prise en charge, à la simplifier,

leur nombre et leur mise en place laissent une impression chronophage presque encombrante.

Le respect de l'éthique est un impératif majeur pour les participants mais le secret médical limiterait l'intervention de certains auprès du proche. Une des demandes les plus fréquentes et fortes des proches est l'accès à l'information pour mieux comprendre ce dont souffre leur parent. Ce besoin peut intimider les praticiens notamment ceux ayant dans leur patientèle à la fois le buveur et son entourage. Une approche centrée sur le buveur où le proche est vu comme un aidant victimisé et affaibli, dépendant du sevrage se heurtera en effet à la question de la confidentialité. Mécaniquement, considérer le proche dans un processus de prise en charge indépendant du buveur sans exigence de sevrage opère une séparation des données médicales plus aisée permettant aussi d'informer sans craindre de divulguer.

Si les participants sont capables de partager leurs difficultés, de les théoriser et de soumettre des perspectives d'évolution générales qu'en est-il de leur volonté de changement pour leur propre pratique ?

4.2.5 Une posture

La population impactée par les troubles de l'usage de l'alcool d'un proche est une population vulnérable de multiples manières. Cette vulnérabilité et l'impression que le proche subit la situation génèrent un sentiment d'empathie que tous les participants partagent. Tous comprennent, ont en conscience ou imaginent les souffrances qu'ils rencontrent. La prise en charge des TUA fait l'objet de recommandations nombreuses, les médecins y sont sensibilisés, c'est un domaine en évolution progressive mais ce n'est pas un domaine nouveau. En revanche cette population et sa prise en charge médicale spécifique sont ressenties largement comme des domaines nouveaux notamment pour les participants les plus jeunes peu fréquemment confrontés à ces situations. Il y'a donc une population « dissimulée » de patients complexes et vulnérables dont la prise en charge semble incomber aux médecins généralistes mais non sans obstacles. En réponse à ces nouvelles exigences, les participants envisagent des adaptations, des changements de pratique. Mais les envisagent ils pour eux même ? Sont-ils motivés à adapter leur propre prise en charge de cette population ? La réponse est largement oui. Seule le Dr 1, proche de la fin de sa carrière laisse aux médecins plus jeunes la liberté de changer leur approche. Bien que les participants

s'accordent sur l'étendue du champ des connaissances et des capacités à avoir ils semblent volontaires, disposés à élargir leurs domaines de compétences. Mais cela doit s'adapter aux contraintes de leur pratique, aux enjeux organisationnels et à l'impératif de gestion du temps. La consultation médicale est un espace-temps limité, contraint, dans lequel une multitude sans cesse renouvelée de tâches diverses peuvent être abordées. Sans pouvoir devenir spécialiste de tout, le médecin généraliste peut en se rendant sensible aux demandes les plus discrètes et en s'appuyant sur des ressources solides et souvent locales, devenir le médecin de toutes et tous pour presque tout. Pour éduquer notre oreille à entendre et démasquer ces plaintes souvent discrètes la formation semble indispensable. Les participants sont d'accord à ceci près qu'ils ne bornent pas cet apprentissage aux proches de patients présentant un TUA. On les comprend. Cette réflexion sur les TUA a éclairé une catégorie vaste de personnes souvent laissées au second plan de la prise en charge médicale : les aidants. Limiter la formation aux seuls proches de TUA ne leur semble pas pertinent. Probablement que des similitudes permettent de parler d'aidants au sens large et de proposer en effet des formations globales. Néanmoins nous avons montré la singularité de cette population précise et l'enjeu de santé local qu'elle représente et les exigences de son dépistage. Ensuite, mieux connaître les ressources d'ores et déjà disponibles. Cette perspective est énoncée par beaucoup, elle permet d'inscrire le patient dans un parcours de soins pertinent. Cette observation était déjà faite par les praticiens Réunionnais concernant le fléchage des ressources utiles pour la prise en charge des TUA eux même. Le réseau SAOME avec le site Repère.re ont depuis permis un fléchage pratique de ces ressources, qui comme nous l'avons souligné s'adressent pour la plupart également aux proches. La sensibilisation aux difficultés rencontrées par les proches, ainsi qu' une une bonne visibilité des ressources permettant une orientation aisée ressortent comme un axe évolution des pratiques envisageable voir souhaité par les participants.

5 Conclusion :

Il existe une population importante et mésestimée par les soignants qui est largement considérée en souffrance et qui suscite l'empathie de ces derniers. Il ne s'agit pas

d'une niche mais d'un gisement de patients pour lesquels les médecins ont un regard bienveillant mais dont la prise en charge est largement freinée par la méconnaissance des méthodes et outils d'ores et déjà à disposition des médecins généralistes.

Sans les distinguer clairement des aidants en général les participants souhaitent perfectionner leur prise en charge de ces patients. Leur place est là, à leurs côtés. Cependant par une contiguïté lourde de conséquences, le proche du patient présentant un trouble de l'usage de l'alcool pâtit des appréhensions inhérentes à la gestion difficile des TUA. La complexité et l'échec marquent sévèrement ce domaine de prise en charge pourtant fréquent.

En distinguant le proche du buveur et en définissant des objectifs de prise en charge singuliers et indépendants certains participants proposent aux proches un suivi adapté à leurs difficultés. Néanmoins ce suivi demeure complexe, et si nous pouvons espérer qu'il soit moins marqué par l'échec, après ces entretiens cette question reste en suspens. Cette approche n'est pas innovante, elle est d'ailleurs à la base du travail de l'association Al-Anon et des recommandations de prise en charge de la codépendance.

La visibilité prépondérante du buveur contraste avec la fréquente discrétion des proches. Le médecin, s'il veut rencontrer cette population en souffrance, doit alors fournir un effort pour porter son regard au-delà de ses habitudes. Pour que ce changement s'opère efficacement le médecin généraliste doit être aidé. Ces entretiens nous font comprendre que ces aides devraient faciliter le repérage de cette population puis sa prise en charge.

Concernant le repérage, la formation médicale visant à sensibiliser les médecins à l'existence de cette population et à ses attentes paraît être une méthode jugée pertinente. Ensuite mieux connaître les ressources techniques, humaines et associatives existantes en les fléchant de manière pratique faciliterait la prise en charge des patients. Les TUA sont un domaine complexe, chronophage, difficile pour les participants, les aides et méthodes semblent devoir à l'inverse être faciles d'accès et simples d'utilisation. La communication ne devrait pas se limiter aux seuls médecins généralistes. Elle doit intéresser également les paramédicaux et acteurs sociaux ainsi que la population générale.

Les outils à disposition des médecins généralistes sont nombreux, ils sont à la hauteur de l'ampleur du travail du praticien. Je reviens ici sur mes hypothèses initiales de travail cherchant à proposer aux médecins généralistes un nouvel outil de dépistage et de suivi de cette population. Compléter l'arsenal à disposition des médecins est peut-être intéressant voir souhaitable, cet axe de recherche pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une prochaine étude, mais il me semble que cela n'est pas ressenti comme une nécessité indispensable par les participants.

Cette thèse a permis de montrer que ce domaine de prise en charge complexe souffre d'un certain nombre de lacunes, cependant il serait injuste de conclure ainsi. Nous observons que les médecins généralistes bénéficient de compétences déjà acquises et ils ont envie d'aider cette population. En opérant un simple changement de regard, l'angle mort se réduira au bénéfice de l'entourage.

6 Bibliographie

1. Pourchez L. L'alcoolisme au féminin à l'île de la Réunion. *Ethnologie française*. 2002 ; Vol. 32(4):689-97.
2. PAYET-VENIN R.M. Représentation et pratique sociale de l'alcoolisation à La Réunion, action du programme régional de santé « addiction » 2003, cabinet d'ingénierie d'action technique et sociale ; 2003
3. METTE D. Lutter plus efficacement contre l'abus d'alcool à la Réunion - Un ensemble de réflexions proposées par la Fédération Régionale d'Addictologie de la Réunion (FRAR) 2015
4. SPF. Bulletin de santé publique alcool à La Réunion. Janvier 2020.
5. SPF. Baromètre santé DOM 2014. Consommations d'alcool
6. DRASS REUNION. Les addictions à l'île de La Réunion, Programme régional de santé « addiction » 2000
7. OBSERVATOIRE REGIONALE DE LA SANTE OCEAN INDIEN. Les addictions à La Réunion. Actualisation des données disponibles en 2015. Tableau de bord sur les addictions à La Réunion Décembre 2015
8. LAMBLIN D. Implication d la foetopathie alcoolique dans la délinquance, rapport pour les tribunaux et le barreau de La Réunion, SAFFrance, Délégation régionale de La Réunion, octobre 2010
9. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. L'essentiel sur... La Réunion 2021.
10. Goulois D. L'être père à la Réunion : réflexions théoriques. Approche éthno-psychanalytique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 9 juillet 2015;n° 54(1):165-75.
11. Cambefort J.P. *Enfances et familles à La Réunion- Une approche psychosociologique* Editions L'Harmattan. 2001

12. Marie C-V, Breton D. Les « modèles familiaux » dans les Dom : entre bouleversements et permanence. Ce que nous apprend l'enquête Migrations, famille et vieillissement. Revue des politiques sociales et familiales. 2015;119(1):55-64.
13. Caf de La Réunion. portrait-social 2019. Caf 31/12/2019 et Insee RP 01/01/2016
14. ADDICTION SUISSE. Alcoolisme, les proches aussi sont touchés. Lausanne 2011
15. Jackson DD. The question of family homeostasis. Psychiatr Q Suppl. 1957;31(Suppl 1):79-90.
16. Danis D. Codépendance en miroir. Der informierte Arzt/Gazette médicale 1998.19 :766-768
17. Hoertel N, Crochard A, Rouillon F, Limosin F. L'alcool en France et ses conséquences médicales et sociales: regard de l'entourage et des médecins généralistes. L'Encéphale. 2014;40:S11-31.
18. Hughes-Hammer C, Martsolf DS, Zeller RA. Development and testing of the codependency assessment tool. Arch Psychiatr Nurs. oct 1998;12(5):264-72.
19. S F, B L-B, KIRITZE-TOPOR P, DELBOS V, N J, DANO C, et al. Conjointes de patients alcoolodépendants : leurs attentes lors de la première consultation alcoolique. Alcoologie et Addictologie. juin 2002;(Tome 24, n°2):111-5.
20. Davis DI, Berenson D, Steinglass P, Davis S. The Adaptive Consequences of Drinking. Psychiatry. 1 août 1974;37(3):209-15.
21. Roussaux J-P, Faoro-Kreit B, Hers D. L'alcoolique en famille : Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques. De Boeck Supérieur; 2000. 330 p.
22. Anastassiou V. Quinze ans de pratiques familio-systémiques en alcoologie. Thérapie Familiale. 30 mai 2008;Vol. 29(2):279-318.
23. Lecrivain J-F. LE SUJET ALCOOLIQUE et SON ENTOURAGE Quelles souffrances ? Quelles issues thérapeutiques ? :73.

24. SFERRAZZA R, PHILIPPOT P, C K, NOEL X, TANG C, PELC I, et al. Dysfonctionnement relationnel au sein des couples alcooliques. *Alcoolologie et Addictologie*. juin 2002;(Tome 24, n°2):117-25.
25. HOERTEL N, CROCHARD A, LIMOSIN F, ROUILLON F. La consommation excessive d'alcool : un lourd fardeau pour l'entourage. *Encéphale (L')*. avr 2014;(Vol.40, Suppl.1):S1-10.
26. PAYET C. Intérêt de l'utilisation du génogramme en alcoolologie réunionnaise : Illustration à partir de cinq cas cliniques. 2012
27. Michaud P. Les enfants de parents alcooliques. *Le Carnet PSY*. 2001;n° 61(1):33-5
28. Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. *La presse médicale*. 2014;43(10):1067-79
29. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES
30. Femmes et hommes face à la violence - Insee Première N° 1473 – novembre
31. Vion P. Combattre toutes les violences faites aux femmes : des plus visibles au plus invisibles. *Les études du conseil économique social et environnemental*. Journal officiel de la république Française. Novembre 2014
32. Brown E. Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine. *Pouvoirs dans la Caraïbe*. 1 janv 2012;43-59.
33. FAORO-KREIT B. Les enfants et l'alcoolisme parental La question de la transmission et l'apport de la fratrie comme modèle thérapeutique, Édition Erès, 2011
34. Thienpont C. Prise en charge par le médecin généraliste de l'entourage du patient alcoolodépendant: évaluation des attentes de l'entourage. :88.
35. Kiritzé-Topor DP. Historique du soin et de la prise en charge en alcoolologie. 2016;11.
36. SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. Accompagnement du patient alcoolodépendant 2009

37. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement Recommandation de bonne pratique Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (1) : 5-84
38. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. The British Journal of Psychiatry. juill 2000;177(1):4-7
39. DAEPPEN J.B La dépendance à l'alcool. Guide de traitement combiné . Médecine science publications. Formation Permanente Flammarion 2009
40. Marin MS, Boissier MV, Gauthier MS, Fusiller DC, Donlon DG. RESEAU REGIONAL D'ADDICTOLOGIE addictologie à la Réunion, enquête sur les pratiques et opinions des médecins généralistes libéraux à l'aube de la création du réseau régional d'addictologie en 2013. :21
41. RESEAU REGIONAL D'ADDICTOLOGIE. Annuaire de l'addictologie. SAOME. Octobre 2017
42. Cohen P. Le cari partagé: anthropologie de l'alimentation à l'île de la Réunion. KARTHALA Editions; 2000. 366 p.

7 RESUME

Les proches des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool : Un angle mort de la surveillance du médecin généraliste ?

Exploration des pratiques des médecins généralistes de L'Île de La Réunion.

Introduction : Les conséquences sanitaires et sociales des troubles de l'usage de l'alcool à La Réunion sont graves et se concentrent sur la part la plus défavorisée de sa population. Le contexte historique et culturel favorise une consommation singulière. Cela impacte l'entourage du consommateur qui regrette un défaut de prise en charge. Leur souffrance est décrite par le concept de codépendance qui explique la complexité de ces situations. La parole est donnée aux médecins généralistes Réunionnais pour qu'ils livrent leurs expériences, ressentis et attentes concernant la prise en charge de ces proches.

Méthode : Etude qualitative phénoménologique analysant les entretiens semi dirigés de neuf médecins généralistes libéraux exerçant à La Réunion.

Résultats : Volontaires mais souvent inexpérimentés, les participants méconnaissent le concept de codépendance. Ils expriment de l'empathie pour cette population fragile et ils font du médecin traitant un acteur central de l'accompagnement des patients en demande de suivi. L'émancipation du proche dépend majoritairement du sevrage du buveur, tâche vécue comme complexe et difficile. Des contraintes multiples impactent le travail du généraliste et les proches en souffrance limitant leur repérage et suivi.

Conclusion : Les approches des participants discordent avec les recommandations de prise en charge plaçant l'entourage au centre d'un processus où le sevrage des TUA n'est pas impératif. L'éducation des médecins et de la population ainsi qu'un meilleur repérage des ressources semblent utiles.

Discipline : Médecine générale

Mots-clefs : trouble de l'usage de l'alcool, entourage, codépendance, médecin généraliste, La Réunion.

Relatives of patients with alcohol use disorder: A blind spot in general practitioner supervision?

Exploration of the practices of general practitioners on Reunion Island.

Introduction: The health and social consequences of alcohol use disorders in Reunion are serious and are concentrated on the most disadvantaged part of its population. The historical and cultural context favors singular consumption. This impacts the consumer's entourage who regrets a lack of care. Their suffering is described by the concept of codependency which explains the complexity of these situations. The floor is given to general practitioners from Reunion so that they can deliver their experiences, feelings and expectations concerning the care of these relatives.

Method: Qualitative phenomenological study analyzing the semi-directed interviews of nine liberal general practitioners practicing in Reunion.

Results: Voluntary but often inexperienced, the participants are unfamiliar with the concept of codependency. They express empathy for this fragile population and they make the attending physician a central player in supporting patients requesting follow-up. The emancipation of the loved one depends mainly on the withdrawal of the drinker, a task experienced as complex and difficult. Multiple constraints impact the work of the general practitioner and the suffering relatives, limiting their identification and follow-up.

Conclusion: The approaches of the participants disagree with the recommendations for care placing the entourage at the center of a process where withdrawal from AUD is not imperative. The education of doctors and the population as well as better identification of resources seem useful.

Discipline: General medicine

Keywords: alcohol use disorder, family circle, co-dependency, general practitioner, Reunion.