



HAL
open science

Dépistage et prise en charge du fardeau des proches aidants dans la maladie addictive : Revue narrative

Anoëm Gacem

► **To cite this version:**

Anoëm Gacem. Dépistage et prise en charge du fardeau des proches aidants dans la maladie addictive : Revue narrative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04137408

HAL Id: dumas-04137408

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04137408>

Submitted on 22 Jun 2023

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.

**Dépistage et prise en charge du fardeau des proches aidants dans la maladie
addictive: Revue narrative.**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 16 Juin 2023

Par Madame Anoëm GACEM

Née le 15 décembre 1995 à Reims (51)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE GENERALE FST ADDICTOLOGIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Madame le Docteur JAQUET Isabelle

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À mon président de jury et directeur de thèse, **Monsieur le Professeur LANÇON**, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous suis profondément reconnaissante de m'avoir fait confiance en m'accordant l'accès à cette FST d'addictologie, une discipline qui me tenait à cœur. Je vous remercie également d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir soutenue pour ce projet.

À **Monsieur le Professeur GENTILE**, merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Un grand merci pour votre implication envers les internes de médecine générale de notre subdivision marseillaise.

À **Madame Isabelle JAQUET**, merci pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de t'être rendue disponible. Merci pour toutes les choses que tu m'as transmises durant les six mois que nous avons passés ensemble.

À **tout le personnel du service d'addictologie de la Seyne-sur-mer** pour m'avoir fait passer six mois magnifiques à vos côtés.

À **Maëlle, à Angélique**, merci pour votre bienveillance. Merci pour de m'avoir consacré tant de temps, d'explications et de m'avoir fait encore plus aimer cette discipline qu'est l'addictologie. Merci au **Dr Christine JOLY** de m'avoir permis de réaliser mon stage au sein de votre service. Je vous dis à tous, à très vite pour de nouvelles aventures.

À **l'équipe du CSAPA/CAARUD de Sainte Marguerite**, merci pour votre accueil au sein de votre service. Merci au **Dr LABRUNE Nathalie**, pour ton savoir et le temps passé à tes côtés. Merci à **Johanna** pour ta folie et bonne humeur chaque matin, à **Isabelle et Christophe** pour ces moments partagés ensemble. Merci au **Dr BARTOLO Karine**.

Au **Dr ANDRE Véronique**, je tenais à vous remercier pour ces six mois de stage à vos côtés qui sont passé à une vitesse folle, tellement ils étaient agréables. Merci pour toutes vos connaissances, votre humilité et nos échanges en stage. Je n'oublierai jamais vos belles paroles et chaque enfant que je verrais en consultation me rappellera combien j'ai appris à vos côtés.

À mes plus vieilles amitiés,

À **Manon**, à nos 23 ans d'amour. Merci d'être ma meilleure amie depuis la maternelle, merci pour nos moments de rigolades, nos sorties, nos bêtises, nos pleurs. Merci à tes parents pour tous les moments qu'ils nous ont permis de passer ensemble depuis notre plus jeune âge.

À **Floriane**, ma Flomyr, à pour nos années médecines mais aussi nos années primaires. À nos vacances aux quatre coins de monde et j'espère que nous continuerons encore loin. Finir ce semestre en colocation avec toi est comme une évidence.

À mes copines Rémoises, **Maeva, Mauve, Marine**, merci pour toutes ces belles années d'amitiés et pour tout ce que l'on a partagé ensemble. A toutes nos soirées endiablées, nos sorties, nos whiteparty, nos retours de l'Atrium, nos vacances en Espagne et j'en passe. Vous me manquez. Le sud vous attend, je vous attends.

À **Alex et Melvin**, les frères que je n'ai jamais eus, merci d'être à mes côtés depuis tant d'années. À toutes ces heures à zoner dans les rues de Tinquieux, une chose est sûre, c'est pas grâce à vous si j'en suis là mais merci quand même. Et merci de désormais me laisser gagner au bowling jusqu'à la fin de notre vie. À **Mathilde**, merci pour ta présence et force et honneur de supporter ce hmar d'Alex. A notre prochains week-end sous le soleil marseillais.

Aux copains rémois de médecine, la fine équipe, l'Equipe de Shlag.

À **Victorine**, ma première rencontre à la faculté de médecine de Reims, mon acolyte et compagne de BU. A toutes tes « Victorines » qu'on adore tous.

À **Aurélie**, à **Yousra**, merci à vous de m'avoir trainé en pot médecine durant notre externat. A nos before, nos soirées, nos potins. A notre premier gala médecine en limousine qui restera inoubliable. Vous étiez les plus belles n'en doutez pas une seule seconde.

À **Armand**, le plus shlag de tous mais quelqu'un d'unique.

À **Mathilde**, ma pédiatre préférée, à tous les retours de soirée difficiles où tu m'as gracieusement hébergée.

À **Elise**, toi notre merveilleuse maman de groupe. Tu seras une merveilleuse maman.

À mes mesneusiens préférés, à **Maxime** pour ton soutien et ton écoute de si nombreux soirs par semaine en D4. À **Solène** et à nos moments depuis la primaire jusqu'en médecine.

À **Julia**, ma Juju, mon coup de foudre amical. Jamais je ne pourrais assez remercier U pour tout ce qu'il a fait.

À **Chloé**, toi mon binôme, mon duo en GRS depuis le collège, à nos championnats de France. Qui aurait pu penser que l'on se retrouverait dans le Sud ?

Aux Marseillais,

À **Fatine**, ma Fatouche, bien certainement l'une de mes plus belles rencontres à Marseille. À notre vie commune pendant 1an et demi. A nos soirées, nos confidences et j'en espère encore plein d'autres.

Au huitième étage de la Timone, aka le Co-ouit, à tous les copains. Mes premières rencontres à Marseille et sûrement pas des moindres. A notre confinement passé ensemble, à nos week-end.

À **Alicia**, à toi seule un concentré de bonheur, de folie, d'exaltation. Merci d'être la seule à accepter de tant cramer au soleil sur les plages du Prado. Merci d'être toi, ne change jamais, tu es fabuleuse.

À **Clara**, merci pour ton écoute, tes précieux conseils, ta sagesse.

À **Manon**, merci d'être aussi rayonnante et souriante dans ma vie. Merci pour ta générosité sans faille.

À **Louis** pour ta bonne humeur légendaire mélangée à ta susceptibilité que l'on aime tous.

À **Alice**, un exemple de force et de courage. A tes allers-retours en jet. En espérant que tu ne sois pas d'astreinte PMO ce soir.

À **Romain**, notre Romé international, à tes cocktails uniques, tes mojitos sur le mur. Le seul Anesth marseillais en qui j'aurais confiance (Ai-je tord ?)

À **Dorine**, notre Dodzs légendaire, une pensée à Totoro.

À **Elsa**, Zazou, notre organisatrice en chef des week-end du 8.

À **Juliette**, notre adoptée du co-ouit.

À **Mathilde**, à **Sacha**, à **Medhi**, à **Xavier**, et à toutes les autres rencontres de l'internat de la Timone, à **Tim**, à **Rapit**.

À **tous mes co-internes de Martigues**, l'Olympique martégal. A notre semestre aux urgences qui aurait été différent sans vous.

A **Margaux**, merci pour nos 6 mois de vie commune. Merci de continuer à nous abreuver de ce si délicieux Chablis.

À **toi ma Cam** internationale, comme l'impression d'avoir été ta mère pendant nos six premiers mois, mais qu'est-ce que j'ai apprécié tes venues dans ma chambre à 8h du matin pour te raconter TA soirée.

A **Flore**, A **Athéna**, à nos verres prévus 2 mois à l'avance. On se retrouve toutes à Ibizaaaaaaa.

À **ma Queen universelle**, celle avec j'ai eu la chance de voir Queen B au vélodrome, celle que je veux garder à mes côtés pour toujours, **Ola**.

À **Claire**, merci de m'avoir tout appris en gynéco et d'avoir partagé tant de bons moments à Aix. Tu me manques.

A **Yaëlle**, à nos 3 mois de stage qui m'ont paru être 1 an, à confidences et nos débriefs en post garde.

Aux copains d'Aix-en-Provence,

À **toi Louise**, ma Loulou, ma voisine de chambre, à tes lendemains de soirée difficile, mais qu'est-ce que j'aurais fait sans toi ?

À **Sixtine**, **Auriane**, **Dorian**, **Bastos**, **Florian.J** et nos soirées pendant ce confinement.

À **mes beautés rennaises**, Eve, Alizée, Chloé. Vous n'imaginez pas comme je suis ravie de vous avoir rencontré.

À **Elisa**, une rencontre impromptue au sein du SAIHM. A nos vocaux interminables, nos pétages de câbles, heureusement que t'étais là.

À **Alex**, **Solène**, **Jictor**, à nos verres en terrasses et j'en espère d'autres.

À **Marjorie et Julien**, merci pour votre précieuse aide. Hâte aux apéros sur votre terrasse cet été.

À ma famille,

À **Nadia**, **Thierry**, merci d'avoir toujours été présents dans ma vie et celle de maman, merci pour tout ce que vous avez fait pour nous, pour vos visites, votre soutien sans faille. Merci pour vos deux filles qui sont le plus beau cadeau que vous auriez pu me faire.

À **Louna**, ma petite protégée, tu grandis si vite, je serais toujours là pour toi et ne t'en fais pas, on l'aura notre villa dans le Sud. À **ma filleule de cœur**, ma petite **Nessa**.

À **Myriam**, **Ludovic**, vous qui répondez présents à chaque cérémonie de diplôme, promis, après 10ans, c'est la dernière. Merci de m'avoir accueilli tous les étés chez vous dans votre

belle région qu'est la Normandie.

À Délia, ma cousine préférée (ne me fait pas regretter d'avoir utilisé ce terme), merci d'avoir relu mon travail et de l'avoir trouvé « de qualité ».

À Léa, à ta boule disco que nous avons lâchement cassé avec ta sœur... je l'avoue aujourd'hui. Je suis fière de ce que tu deviens. Dans 15 jours ça sera toi la star.

À Antho, du courage de supporter Délia, merci pour ta présence aujourd'hui.

À ma tante Hadjira, merci pour ton aide et ta traduction. Merci de continuer à être présente dans ma vie. À ta vie parisienne qui je l'espère te rend heureuse.

À Arsène, merci à toi d'avoir fait le déplacement pour me soutenir malgré les épreuves de la vie. Je suis si contente que tu sois présent aujourd'hui

À Nélia, à ton séjour à Marseille qui nous a bien rapprochées. Je suis si contente de la femme que tu es. À ton père, mon oncle, **Réda**.

À Sofiane, ta Chantale qui t'aime.

A Liès, Khalil, Najib, Dalila, Fifi, Hakim.

À Stéphane, au temps perdu qu'il est toujours possible de rattraper, je l'espère.

À ma grand-mère et mon grand-père, qui ne peuvent pas être présent aujourd'hui mais à qui je pense très fort.

À tout le reste de cette grande famille qui est la mienne, à mes oncles et tantes, cousins, cousines, petits cousins et petites cousines. Vous-même vous savez, on est 150 je n'aurais pas la place de citer tout le monde mais vous êtes dans mon cœur.

À tata Aicha, Zineb, Fatima, Nacera, qui sont comme ma famille aujourd'hui.

Aux professeurs qui ont marqué ma scolarité.

À Mr Serge BARBIER, vous qui représentez une figure masculine des plus importantes à mes yeux. Merci de m'avoir tant accompagné pendant ces 3 années de lycée.

À Mme Sophie MAZZILLI Sophie, vous qui avez su me supporter pendant tant d'années en GRS, où je garde des souvenirs inoubliables. Comme à chaque discours de fin d'années au collège, je vous le dis « merci ».

À toi Rapha, mon papa du centre aéré. Des vacances et des mercredis qui m'ont marqué. A toi qui m'as vu grandir pendant si longtemps. En espérant te revoir sur Tinqueux.

À toi, Florian, mon Flo, à tous nos moments de vie, les bons comme les moins bons et tous ceux qui nous attendent. Qui l'eut cru ?

À ma maman, merci à toi, la personne la plus importante de ma vie, de toujours m'avoir soutenue, épaulée, aidée tout au long de mes études et de ma vie. Je ne serais pas là sans toi. Ma reconnaissance et mon amour te seront éternels Maman, je te le promets. Quand est-ce que tu me rejoins dans le sud ?

Et à tous ceux que j'aurais pu oublier...

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Avec l'augmentation alarmante de l'incidence des troubles de l'usage de substances (TUS), cette thématique est devenue un problème de santé publique en France et dans le monde entier. L'impact des TUS est un concept interprété négativement dans la littérature et qualifié de « fardeau ». La littérature est riche concernant la description de ce fardeau mais elle est très timide au sujet de son dépistage et de sa prise en charge. L'objectif de cette revue narrative de la littérature est d'examiner l'étendue des recherches dans le domaine des aidants chez des patients souffrant d'un TUS, d'évaluer le fardeau de ces proches aidants (PA) et d'identifier les potentielles ressources disponibles.

MATÉRIELS ET MÉTHODES : Il s'agit d'une revue de la littérature avec une approche narrative. Deux bases de données ont été interrogées (PubMed et Google Scholar) pour récupérer des articles publiés en anglais ou en français. La littérature grise a été analysée. Au total trente-sept articles publiés entre 2007 et 2022 ont été inclus dans l'analyse de la revue narrative.

RÉSULTATS ET CARACTÉRISTIQUES DES ETUDES : Tous types d'études ont été analysés dans cette revue, sans caractère limitant pour la substance étudiée. La majorité des études sont des études transversales, réalisées pour la plupart sur le continent asiatique. Peu d'études interventionnelles sont analysées. Les facteurs prédictifs retrouvés d'un fardeau élevé sont le sexe féminin et le rôle de mère ou d'épouse avec un âge moyen, le chômage, un faible niveau d'éducation et de faibles ressources. Le manque d'intégration des aidants et leur stigmatisation augmentent ce fardeau.

La nature de la substance utilisée, la méthode d'administration, la gravité et la durée du TUS sont aussi retrouvées comme facteurs prédictifs d'un fardeau important. Les outils de mesure du fardeau des PA sont divers et variés mais aucun n'est spécifique au fardeau de la maladie addictive.

CONCLUSION : Le TUS a un impact sur la santé physique, mentale, émotionnelle et financière d'un patient mais aussi sur celle de son aidant principal. Le dépistage et la prise en charge du fardeau du PA apparaissent donc essentiels pour améliorer la qualité de vie de la personne en difficulté ainsi que celle de l'aidant mais des lacunes de dépistage et de prise en charge sont

notables.

Les instances gouvernementales et non gouvernementales doivent fournir des ressources et des informations nécessaires pour faire progresser les meilleures pratiques et inclure les soignants informels dans leurs efforts de lutte contre le TUS. La réalisation d'interventions types adaptées à chaque population devrait permettre une prise en charge correspondant à la fois au patient et au PA.

Mots clés : Troubles de l'usage de substances, Aidants, Fardeau, Fardeau des aidants, Comportements addictifs, Addictologie.

ABSTRACT

INTRODUCTION: With the alarming increase in the incidence of substance use disorders (SUD), this topic has become a public health problem in France and all over the world. The impact of SUD is a concept that has been negatively interpreted in the literature and referred to as "burden". The literature is rich concerning the description of this burden but is very timid concerning its screening and its management. The objective of this narrative review of the literature is to examine the extent of research in the field of caregivers in patients with SUD, to assess the burden of these caregivers and to identify the potential resources available.

MATERIALS AND METHODS : It is a literature review with a narrative approach. Two databases were queried (PubMed and Google Scholar) to retrieve articles published in English or French. The grey literature was analyzed. A total of 37 articles published between 2007 and 2022 were included in the analysis of the narrative review.

RESULTS AND CHARACTERISTICS OF THE STUDIES : All types of studies were analyzed in this review, without being limiting for the substance studied. The majority of studies are cross-sectional studies, mostly conducted in Asia. Few interventional studies are analyzed. The predictive factors found for high burden are female gender and the role of mother or wife with an average age, unemployment, low level of education and low resources. The lack of integration of caregivers and their stigmatization increase this burden.

The nature of the substance used, the method of administration, the severity and duration of SUD are also found to be as predictive factors of a significant burden.

The tools for measuring the burden of AP are diverse and varied but none are specific to the burden of the addictive disease.

CONCLUSION : SUD impacts a patient's physical, mental, emotional, and financial health as well as that of their primary caregiver. Therefore, screening and management of the burden of AP appear essential to improve the quality of life of the person in difficulty as well as that of the caregiver, but gaps in screening and management are notable.

Governmental and non-governmental bodies must provide resources and information required to advance best practices and include informal caregivers in their efforts to address

SUD. The implementation of standard interventions tailored to each population should allow a management that is appropriate for both the patient and the caregiver.

KEYWORDS : « Substance-Related Disorders », « Caregiver Burden », « Caregivers », Burden « Behavior Addictive » et « Addiction Medicine »

Table des matières

I-	Introduction	3
II-	Matériels et méthodes	7
A-	Sélection des articles	7
1-	Sources d'informations	7
2-	Critères de sélection des articles.....	8
B-	Méthodes d'analyse de la littérature	10
1-	Études quantitatives (transversale, interventionnelle)	10
2-	Études qualitatives	12
3-	Revue de la littérature	12
4-	Intégration des données qualitatives et quantitatives.....	13
III-	Caractéristiques des études	13
A-	Types d'études	13
B-	Classement des principaux supports de publication	15
C-	Lieux des études	15
D-	Substances consommées	18
E-	Caractéristiques socio-démographiques et représentativité des populations	19
1-	Sexe de l'aidant	20
2-	Lien de parenté de l'aidant	21
3-	Age de l'aidant.....	24
4-	Autres caractéristiques de l'aidant.....	25
F-	Échelles et outils d'évaluation	27
IV-	Discussion.....	32
A-	Fardeau et charge de soins	32
1-	Impact sur la santé mentale et physique	32
2-	Impact sur la qualité de vie	35
3-	Impact familial.....	37
4-	Impact financier	38
5-	Impact social.....	39
6-	Facteurs prédictifs et corrélation	43
B-	Stratégies et interventions.....	47
1-	Stratégies d'adaptation des aidants.....	47
2-	Soutien informel et professionnel.....	48
3-	Interventions ciblant les proches aidants et les patients simultanément.....	50
4-	Interventions dont le but est d'encourager les patients avec TUS à s'engager dans un traitement..	53
5-	Interventions conçues pour les aidants uniquement.....	55
6-	Perspectives et émergences de nouvelles interventions	60
C-	Synthèse de l'accompagnement de l'aidant	63
1-	Importance de l'aide aux PA en addictologie	65
2-	Comment les aider ?	66
D-	Pathologies mentales et médecine générale	70
1-	Lacunes concernant les pathologies duelles	70
2-	Parallèle avec la médecine générale	72
E-	Limites et biais.....	74
1-	Forces.....	74

2-	Limites	75
V-	Conclusion.....	76
VI-	Bibliographie.....	78
VII-	Annexes.....	82
VIII-	Listes des abréviations.....	93

I- Introduction

Près de 11 millions d'aidants familiaux, soit un Français sur cinq, accompagnent au quotidien un proche en situation de dépendance en raison de son âge, d'une maladie ou d'un handicap.

La thématique des aidants est devenue un problème de santé publique qui ne cesse d'augmenter auprès des Français. C'est un Français sur deux qui déclare aujourd'hui en avoir entendu parler, une tendance à la hausse qui semble se confirmer. (1)

« L'aidant familial est la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non, et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, etc. » (2)
Aujourd'hui, la notion d'aidant s'élargit et le terme « proche aidant (PA) » va bien au-delà du cercle familial en impliquant aussi les amis ou les voisins qui apportent leur soutien.

Dans la littérature, il est bien établi que les maladies chroniques ont des effets importants sur le patient mais également au sein des familles et sur la société en général. L'investissement du PA est marqué par l'évolution d'une relation qui, quelle que soit sa nature initiale, se construit sur un modèle aidant/aidé. Cette relation est à protéger et entretenir car l'entourage et les aidants, familiaux ou non, jouent un rôle important dans le bien-être de leurs proches souffrant de pathologies chroniques. (3)

Une maladie chronique peut affecter négativement l'individu en termes de détresse physique, émotionnelle et financière, et de dysfonctionnement social et professionnel. (4) Cette situation engendre des problèmes, des difficultés ou des événements indésirables qui ont un impact sur la vie des PA. Le rôle d'aidant peut alors transformer la relation aidant/aidé en une situation unidirectionnelle en perturbant à la fois la personne dépendante et son aidant. (5)

En effet, les membres de la famille luttent pour maintenir l'intégrité familiale, malgré la progression de la maladie, et par conséquent, nient la réalité d'une telle perte de contrôle. La famille de l'individu atteint tente souvent de surmonter cette situation difficile.

À ce stade, le concept de « charge de soins » est uniquement utilisé pour définir l'importance et l'effet des problèmes physiques, économiques ou sociaux, des situations négatives ou des expériences issues de la vie quotidienne des aidants, familiaux ou non. (5) Cet impact est un concept interprété négativement dans la littérature et qualifié de « fardeau ».

Dès 1966, Hoenig et Hamilton scindent le fardeau des aidants en deux parties pour faire la distinction entre le fardeau objectif et subjectif. (6) Le premier fait référence aux tâches objectives et mesurables associées aux soins du patient, telles que les traitements médicaux, les soins personnels, les coûts financiers, etc. Le second est défini par les sentiments subjectifs de stress, de culpabilité, d'anxiété, d'angoisse et de tristesse qui résultent de la prise en charge d'un patient dépendant. Ce fardeau est plus difficile à mesurer objectivement et dépend largement de la perception et de l'expérience du soignant. (7)

Dans de multiples études, le fardeau a été décrit pour illustrer des pathologies chroniques, incluant notamment les démences (dont la maladie d'Alzheimer) ou encore le cancer à la phase palliative. La littérature est riche concernant la description de ce fardeau mais elle est très timide au sujet du dépistage et de la prise en charge des aidants dans les pathologies chroniques. Pourtant, les aidants des patients souffrant de pathologies chroniques sont la cible de dispositifs sociaux spécifiques et disposent d'un statut juridique.

À la manière de ces pathologies, la dépendance aux substances peut être considérée comme une « maladie chronique et familiale » où la personne souffrant d'un trouble de l'usage de substances (TUS) dans la famille affecte presque tous les aspects de la vie familiale. (7)

Le fardeau issu de l'abus de substances par un membre de la famille est mis en évidence dans les années 1990. (8)

La thématique des addictions est, elle aussi, un problème de santé publique en France. D'après l'Observatoire Français des Drogues et des tendances addictives (OFDT), en 2022, la France se

place au 2^{ème} rang des pays les plus consommateurs de cannabis en Europe, au 4^{ème} rang pour l'alcool et on note 2,1 millions d'expérimentateurs de cocaïne, 1,9 expérimentateurs d'amphétamines et 500 000 expérimentateurs d'héroïne. (9)

D'après le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V), « les troubles liés à l'usage de substances » impliquent généralement des schémas comportementaux dans lesquels les personnes continuent à prendre une substance malgré les problèmes causés par son usage. »

Le TUS est défini lorsqu'au moins deux des onze critères suivants se manifestent au cours d'une période de 12 mois :

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures.
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- Craving ou désir urgent de consommer.
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
 - Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
 - La même substance est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
- Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

- Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.

- Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique, persistant ou récurrent, déterminé ou exacerbé par la substance. (10)

C'est lors de la nouvelle édition du manuel du DSM V que le terme de dépendance a été remplacé par « troubles de l'usage d'une substance ». Ce TUS se rapproche d'une certaine manière de la dépendance des personnes touchées par une maladie chronique somatique. Il ne menace pas seulement la santé physique et mentale du patient, mais perturbe également les relations familiales, le fonctionnement social et la sphère professionnelle.

Ces troubles, menaçant à la fois la santé des individus aidants et la société aidante, amènent aux constats des fardeaux objectifs et subjectifs. (11)

Avec l'augmentation alarmante de l'incidence des maladies mentales dans le monde, il y a une augmentation proportionnelle du fardeau des soins parmi les soignants des personnes atteintes de maladies mentales. (12)

Dans la littérature, les études sur la charge de soins ont généralement été menées auprès des proches des patients suivis avec des maladies chroniques, telles que la schizophrénie, le trouble bipolaire, la maladie d'Alzheimer ou la démence mais peu d'études ont été menées sur le sujet du fardeau physique, émotionnel et économique des soignants de patients souffrant d'un trouble de l'usage d'une substance. (13)

Quand elles sont réalisées, ces études mettent davantage l'accent sur la charge importante de soins et l'impact de l'implication de la famille sur les résultats des patients et n'accordent de ce fait pas d'attention significative aux conséquences sur la santé mentale de la famille ni aux prédicteurs des impacts sur la santé mentale. (5) Le bien-être de l'entourage est pourtant fondamental pour le bien-être du patient. Important pour une prise en charge optimale des patients également important pour la santé physique, mentale et les relations sociales des soignants eux-mêmes. (13)

Les études sur le fardeau des aidants dans le domaine de l'addictologie sont par ailleurs jugées insuffisantes par Biegel et al. qui insistent sur ce fardeau dans leur étude menée auprès de femmes toxicomanes. (12)

L'objectif de cette revue narrative de la littérature est d'examiner l'étendue des recherches de la littérature dans le domaine des aidants chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage de substances et ainsi évaluer le fardeau de ces aidants afin d'identifier les potentielles ressources disponibles. Nous chercherons à identifier les lacunes qui offrent des opportunités en tant que futures questions de recherche.

II- Matériels et méthodes

A- Sélection des articles

1- Sources d'informations

Cette étude est une revue de la littérature avec approche narrative. Elle comprend des éléments de synthèse narrative qui nous permettent de récapituler ce que nous savons et de découvrir ce que nous ignorons sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas dans le domaine des PA en addictologie.

La stratégie de recherche de cette revue implique l'interrogation de deux bases de données (PubMed et Google Scholar) pour récupérer des articles à comité de lecture publiés en anglais ou français.

Google Scholar est utilisé pour identifier la littérature grise. La littérature grise est la production non indexée dans les catalogues officiels et dans les circuits conventionnels de diffusion de l'information : résumés pour les congrès, documents gouvernementaux ou des sociétés savantes, études non publiées, thèses, rapports et autres documents non conventionnels.

La recherche manuelle est utilisée pour rechercher des articles supplémentaires dans les bibliographies intéressantes.

Les mots-clés recherchés issus du MeSH (Medical Subject Headings), qui est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical, sont les suivants : « Substance-Related Disorders », « Caregiver Burden », « Caregivers », « Behavior Addictive » et « Addiction Medicine ».

La recherche de ces termes a été réalisée en anglais et des combinaisons de ces termes ont été utilisées pour cibler et affiner la recherche.

La recherche de la littérature est mise à jour régulièrement jusqu'à quatre mois avant la date de production finale afin que de nouvelles études soient identifiées pour éviter les lacunes.

2- Critères de sélection des articles

Lors de cette étape, les critères de sélection des publications retenues pour analyse sont définis :

- Les articles analysés sont des textes de recommandations, des articles originaux, des revues de synthèse et des thèses.

- Seules les études écrites en anglais ou en français sont retenues.

- Tous les types d'études sont inclus (quantitatives, qualitatives, revues de la littérature ou études interventionnelles).

- La population cible étudiée comprend des aidants, peu importe le sexe, de patients souffrants de TUS dans le monde entier.

- La substance n'était pas précisée et toutes les substances étaient permises.

- Le protocole d'étude devait permettre de répondre à la question posée.

Les études qui n'incluaient pas les aidants ont été exclues de la recherche.

4208 articles ont été identifiés grâce à la recherche dans les bases de données. Une fois les doublons exclus, la recherche initiale a totalisé 2624 articles. Après avoir examiné chaque article par titre et abstract, quarante-et-un ont ensuite satisfait aux critères d'éligibilité en texte intégral correspondant aux critères de recherche et à l'objectif de la revue. Finalement, trente-sept articles publiés entre 2007 et 2022 ont été inclus dans l'analyse. Quatre études ont été exclues après analyse dans leur entièreté pour diverses raisons :

- L'une possédait seulement le protocole de recherche, les résultats n'étaient pas encore publiés. (14)

- L'une, publiée en Australie du Sud, ne répondait qu'à un objectif secondaire de la problématique de notre étude. (15)
- Les deux autres ne répondaient pas clairement à l'objectif énoncé. (16,17)

La figure 1 fournit un diagramme illustrant la stratégie de recherche et les résultats.

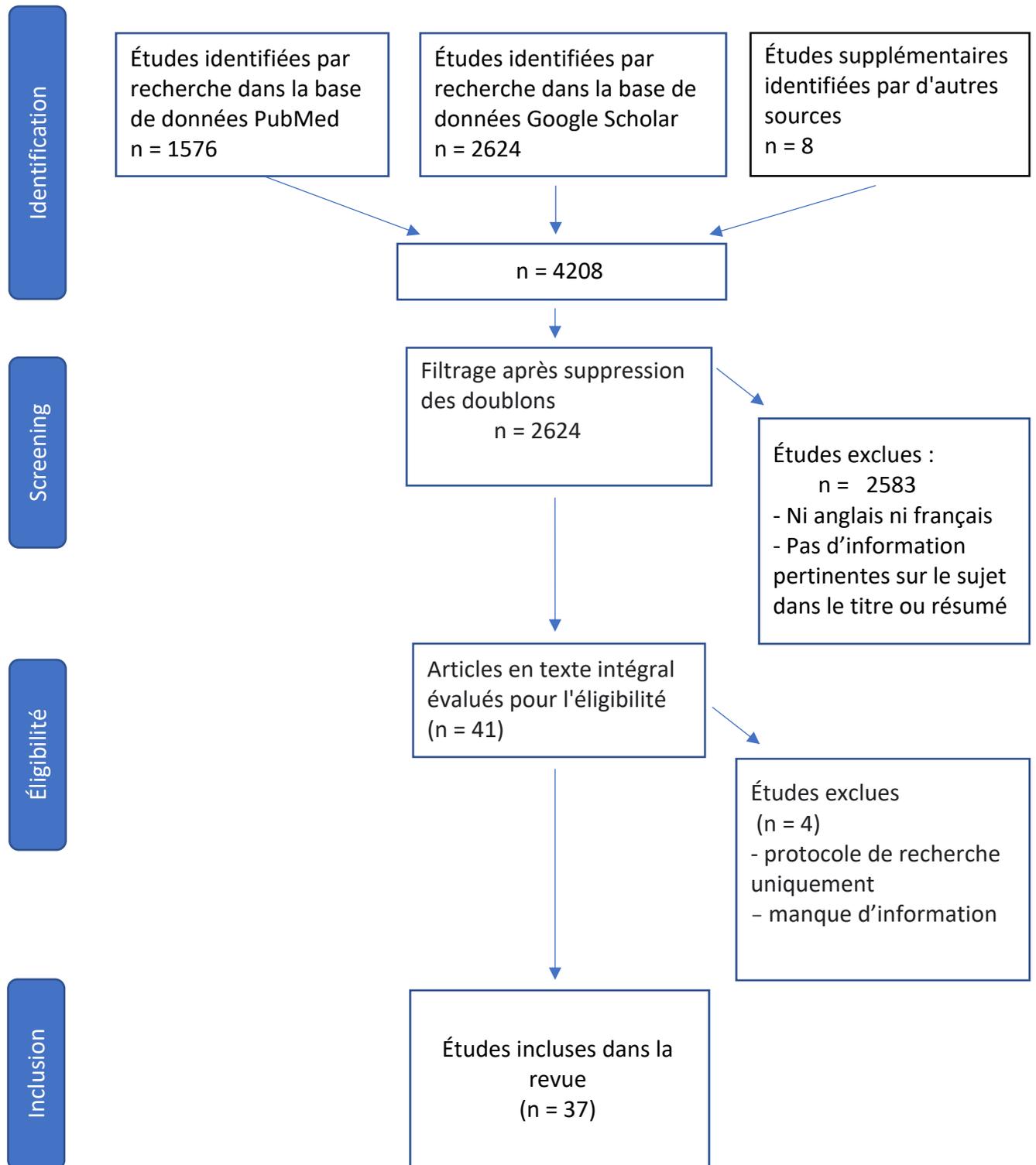


Figure 1 : Flow-chart

Les études qui n'incluaient pas d'aidants, familiaux ou informels, ont été exclues de la recherche. Toutes les données des trente-sept articles inclus ont été introduites dans un tableur Excel.

B- Méthodes d'analyse de la littérature

La réalisation de l'analyse de la littérature est effectuée par un seul lecteur, sans anonymisation des articles.

Les différentes étapes de l'analyse sont les suivantes :

- Évaluation initiale des articles avec première sélection effectuée sur le titre et le résumé s'il est disponible. Une revue difficile à se procurer peut-être écartée si le titre n'est pas suffisamment évocateur de l'intérêt de l'article.

- Après récupération des articles dans leur intégralité, une première lecture est réalisée avec l'utilisation d'un court formulaire structuré. Les informations pertinentes sont extraites de manière provisoire pour produire un bref aide-mémoire.

Lors de la première lecture, une analyse de qualité des articles est réalisée afin de garantir la qualité de la revue de la littérature. Les articles de faible niveau de preuve/qualité ne sont pas exclus pour éviter un biais de sélection.

- Une lecture plus approfondie et une relecture des articles entiers permettent l'analyse et la synthèse des différents éléments extraits.

- Une fois la totalité des études analysées, il a été nécessaire de catégoriser les résultats et d'explorer les relations entre les données à la fois au sein et entre les études.

- En dernière intention, l'analyse de la littérature est adaptée à l'objectif de l'examen.

1- Études quantitatives (transversale, interventionnelle)

Qualité

La qualité des études est prise en compte lors de l'analyse des études quantitatives. En effet, l'objectif doit être exposé clairement ainsi que les caractéristiques de la population, des centres étudiés et des critères d'inclusion et d'exclusion. Les données mesurées doivent être fiables et les modalités de recueil de ces données doivent être connues.

Extraction de données

Les éléments d'extraction se regroupent autour des éléments de la structure PICOS (population-intervention-comparaison-résultats-conception de l'étude).

Lors de la première lecture, l'extraction de données a été réalisée à partir d'un court formulaire structuré. Les éléments inclus dans le formulaire d'extraction de données étaient les suivants :

1. Titre, auteur, année de l'étude.
2. Objectifs de l'étude exposés clairement.
3. Éligibilité : critères d'inclusion et d'exclusion explicites.
4. Données descriptives : informations sur les caractéristiques de l'étude dont la population et les centres étudiés.
5. Analyses et résultats : informations sur les résultats de l'étude sous forme de données.

Analyses de données

L'analyse des données est une étape clé qui s'accompagne de la comparaison des données avec toutes les études incluses. Concernant les études quantitatives, l'utilisation de tableaux est particulièrement utile mais cette approche tabulaire est nécessairement réductrice et peut entraîner une perte de contexte ou de détails importants qui facilitent l'interprétation des études.

À des fins descriptives, un comptage numérique a été réalisé (combien d'études proviennent de chaque pays, combien d'études incluent respectivement des patients et des aidants, etc.)

Dans les études quantitatives, les caractéristiques communes à des groupes particuliers d'études ont été cherchées pour utiliser une méthode analogique. Il est utile de faire une distinction entre le groupement descriptif qui peut contribuer à un commentaire narratif et le groupement analytique où les différences peuvent être analysées pour fournir une explication possible aux différences de résultats.

La comparaison et le contraste sont utilisés dans cette revue de la littérature pour comparer étude par étude et ensuite par résultats (similitudes et différences entre les études).

2- Études qualitatives

Pour réaliser un examen qualitatif, il est nécessaire de s'assurer que l'échantillon de littérature est adéquat. Dans cette étude, l'échantillonnage n'est pas complet car toutes les études ne sont pas identifiées mais le nombre d'études qualitatives est suffisant et pertinent (car seulement les études correspondant à notre objectif ont été sélectionnées).

Extraction des données et analyse

Dans notre revue, les études qualitatives sont analysées avec une approche agrégative et intégrative.

La synthèse agrégative permet de rassembler plusieurs études dans un format commun pour faciliter l'assimilation et la synthèse. Cela nous permet de réaliser un « bilan » qui répond à des questions comme les principaux types d'études décrits ou encore, les thèmes principaux à travers plusieurs études. L'approche intégrative de la synthèse cherche à rassembler différents types de données pour révéler d'éventuelles lacunes dans la base de recherche actuelle par exemple.

L'analyse nous permet d'évaluer la force des preuves pour tirer des conclusions sur les résultats de la synthèse et leur généralisabilité dans le contexte prévu.

Au cours de l'extraction et de l'analyse des données, différents groupes ou « familles » d'études ont été identifiés, partageant des caractéristiques de la population ou des spécificités concernant l'intensité ou nature exacte d'un programme ou d'une intervention.

Cette analyse de sous-groupe a atteint deux objectifs principaux : elle a aidé à expliquer l'hétérogénéité significative entre les différentes études et pourra éventuellement orienter le développement de futurs programmes ou interventions.

3- Revue de la littérature

Qualité

Dans cette étude, les revues de la littérature sont analysées, même si elles ont suivi une méthode explicite et valide d'élaboration et qu'elles auraient pu être prises comme document

de référence afin d'éviter une analyse détaillée de la littérature antérieure à ce document sans biais.

Concernant la méthodologie, les sources de données et les procédures de sélection de la littérature doivent être connues, tout comme les critères d'inclusion et d'exclusion et le mode de sélection des articles énumérés. La période de recherche bibliographique doit nécessairement être précisée. La qualité des revues prend en compte la clarté de l'objectif exposé.

Extraction et analyse des données

Il est important que les modalités de réalisation de l'extraction et de l'analyse de la littérature soient précisées. Les caractéristiques des lecteurs, l'anonymisation ou non des articles, les modalités d'extraction des données avec l'utilisation d'une grille de lecture doivent être connues.

La méthode utilisée pour réaliser la synthèse des résultats doit aussi être présentée et les résultats de la recherche bibliographique doivent être mentionnés avec précision du nombre de documents sélectionnés et analysés sous forme de tableaux de synthèse.

4- Intégration des données qualitatives et quantitatives

L'intégration de données quantitatives et qualitatives dans un seul produit synthétique est un moyen d'inclure diverses formes de preuves et d'augmenter ainsi la pertinence des revues. Cette revue de la littérature avec approche narrative tentera de répondre à un certain nombre de questions pour déterminer : le type d'études, l'origine et le lieu de leurs publications, leurs supports de diffusion, la représentativité des résultats évalués et la population ciblée.

III- Caractéristiques des études

A- Types d'études

Les critères de sélection de cette revue permettent l'inclusion de tous types d'études. Parmi les trente-sept articles inclus, les études descriptives et plus précisément transversales, représentaient 59,4% des études (22 études).

Ces études permettent d'examiner la relation entre un point cible spécifique, comme une maladie, et d'autres variables et de fournir un aperçu général des caractéristiques ou de la fréquence à un moment donné, au sein du groupe de population étudié.

Bien que très fréquent dans la littérature en général, le fardeau des PA spécifiquement en addictologie apparaît avec beaucoup d'études descriptives et transversales. Ce type d'étude ne permet pas d'avancées majeures dans ce domaine car la relation de cause à effet ne peut être établie clairement.

En moindre mesure, d'autres études quantitatives sont présentes au sein de cette étude. Quatre études interventionnelles ont été incluses. La réalisation de ce type d'étude peut faciliter la mise en place de différentes actions ou initiatives. Dans son article de 2018, Li affirme qu'il existe une absence notable de recherche interventionnelle axée sur le bien-être des membres de la famille et abordant simultanément les défis liés à la consommation de drogues. (18)

De plus, cinq revues de la littérature (soit 13,5%) sont présentes dans notre revue narrative. Parmi ces articles, certaines méthodologies paraissent pertinentes et précisent le type de revue étudié.

La revue systématique de Roozen et al. publiée en 2010 a analysé uniquement des essais contrôlés randomisés, ils étaient au nombre de 4. (19)

En 2020, Settley a inclus quinze articles dans sa revue. Aucune limitation n'a été effectuée sur les types d'études inclus cependant en étudiant la bibliographie on remarque que plusieurs types d'études sont présents (revue de la littérature, études descriptives ou encore interventionnelle). (20)

Dans la revue intégrative de Tyo, on remarque, similairement à notre étude, que de multiples types d'études sont inclus et que la plupart des études (n = 23 soit 72% des 32 articles) utilisent une conception d'enquête transversale. Une, utilise une conception longitudinale de six mois, une autre une conception prospective cas-témoins, et sept autres études sont des analyses de données secondaires. Trois études sont qualitatives et les vingt-neuf autres sont quantitatives. (21)

Néanmoins, certaines revues de la littérature n'apportent pas de précision sur le type d'étude analysé ce qui peut entraîner une diminution de la qualité de la revue. (22,23)

De plus, on retrouve des études qualitatives au nombre de six (16,2%) qui permettent d'aborder des nouveaux concepts en termes de performances et d'analyser des thèmes plus larges. Au fur et à mesure de l'analyse de ces études, de nouveaux thèmes, auxquels les auteurs des études n'auraient peut-être pas pensé, sont identifiés.

L'étude de Kelly et al. 2017, est une étude à la fois qualitative et quantitative. Cette étude a été comptabilisée dans les études qualitatives. (24)

B- Classement des principaux supports de publication

Issus de deux sources, PubMed et Google Scholar, les supports analysés sont tous des articles de journaux hormis un support qui est une thèse de médecine. (25)
Au sein de la littérature grise, on retrouve d'autres supports notamment des documents gouvernementaux ou des sociétés savantes ou encore des textes de recommandations. Ces documents n'ont pas été inclus mais ont servi de références bibliographiques.

C- Lieux des études

Les critères de sélection des articles ne présentaient pas de limite géographique et tous les continents et pays étaient éligibles à l'inclusion.

55% des articles de la revue ont été publiés sur le continent asiatique (n=21) et treize études réalisées en Inde. Un article publié en Turquie est comptabilisé parmi les vingt-et-un articles des pays asiatiques. (13)

Le continent asiatique est le continent le plus peuplé du monde, et représente 59% de la population mondiale. Dans la majorité des pays asiatiques dont l'Inde, la tradition souligne que la famille est la principale source de soutien pour les patients. (18) L'accent sur la culture familiale est davantage important que dans les pays occidentaux. (18)
L'entourage est fondamental dans la prise en charge des patients et surtout dans les maladies

mentales due à la tradition et culture asiatique et au manque de professionnels de santé mentale. (4)

Comme l'illustre le tableau 1, neuf études sont publiées sur le continent américain dont huit aux États-Unis d'Amérique (USA) et deux en Afrique du Sud.

Cette revue de la littérature analyse cinq études provenant de pays européens et seulement deux sont issues d'auteurs français. En 2014, Hoertel et al. publient en France pour la première fois une étude nationale qui examine en population générale le fardeau que représentent, pour leur entourage, les personnes ayant une consommation excessive d'alcool. (26) D'après les recherches sur les bases de données interrogées, aucune revue de la littérature n'a été publiée en France à ce sujet.

Ce large éventail de localisation géographique permet de fournir un aperçu dans le monde entier du fardeau des aidants en addictologie. La dépendance aux substances est un problème social mondial qui n'épargne aucun pays. (27)

En effet, tous les continents sont représentés dans cette revue de la littérature, hormis le continent Antarctique et l'Océanie. L'absence du continent Antarctique ne constitue pas un biais de sélection car ce continent n'est pas habité donc aucun cas de TUS n'est à noter. Une étude publiée en Australie a été exclue lors de la première lecture de l'article car l'objectif principal ne répondait pas à notre problématique mais seulement un des objectifs secondaires. Le continent océanique n'est donc pas représenté dans notre revue narrative.

La structure et le fonctionnement de la famille diffèrent dans de nombreux pays et l'éventail d'études de pays différents au sein de cette revue narrative accorde à explorer les différentes structures familiales (famille nucléaire ou élargie) et leur soutien à travers le monde.

	Pays	Auteur	Année de publication	Type d'étude	Substance étudiée
Asie	Inde	Shyangwa	2008	Transversale	Opiacés
	Inde	Mattoo	2013	Transversale	Alcool/ Opiacés
	Inde	Nebhinani	2013	Transversale	Opiacés
	Inde	Choudhary	2016	Qualitative	Non précisé
	Inde	Vaishnavi	2017	Transversale	Alcool
	Inde	Spana	2017	Interventionnelle	Alcool
	Inde	Shekhawat	2017	Transversale	Alcool/opiacés
	Inde	Swaroopachary	2018	Transversale	Alcool
	Inde	Sharma	2019	Transversale	Non précisé
	Inde	Garg	2019	Transversale	Alcool / Opioides
	Inde	Vadher	2020	Transversale	Alcool
	Inde	Karpagalaksmi	2020	Transversale	Alcool
	Inde	Mukhopadhyay	2021	Transversale	Alcool
	Chine	Katz-Saltzman	2008	Transversale	Drogues sans précision
	Vietnam	Li	2013	Interventionnelle	Drogues IV
	Vietnam	Li	2020	Interventionnelle	Drogues sans précision
	Iran	Faghih	2019	Interventionnelle	Non précisé
	Pakistan	Rafiq	2019	Transversale	Non précisé
	Pakistan	Rafiq	2019	Transversale	Non précisé
	Birmanie	Thein	2021	Qualitative	Toutes substances
Turquie	Dagli	2021	Transversale	Non précisé	
Amérique	USA	Biegel	2007	Transversale	Non précisé
	USA	Rospenda	2010	Transversale	Alcool
	USA	Brown	2011	Transversale	Non précisé
	USA	Lander	2013	Descriptive ?	Non précisé
	USA	Kelly	2017	Transversale Quantitative & Qualitative	Opioides
	USA	Daley	2018	Revue de la littérature	Opioides
	USA	Tyo	2019	Revue de la littérature	Non précisé
	USA	Ludwig	2021	Qualitative	Opioides
	Canada	Smith	2014	Revue de la littérature	Non précisé

Europe	Pays-Bas	Roozen	2010	Revue de la littérature	Non précisé
	Allemagne	Salize	2012	Transversale	Alcool
	France	Hoertel	2014	Transversale	Alcool
	France	Pennel	2019	Transversale	Toutes (même sans produit)
	Italie	Renati	2022	Qualitative	Toutes (même sans produit)
Afrique	Afrique du Sud	Asante	2017	Qualitative	Métamphétamines
	Afrique du sud	Settley	2020	Revue de la littérature	Non précisé

Tableau 1 : Description des caractéristiques des études

D- Substances consommées

Le tableau 1 illustre les substances analysées dans les articles de cette revue. Pour un grand nombre d'articles (31%), la méthodologie n'a pas précisé au sein des critères d'inclusion ou d'exclusion la nature de la substance étudiée.

Dans cette revue narrative, les critères de sélection permettaient l'inclusion de tous les articles indépendamment des substances étudiées. De ce fait, le fardeau de plusieurs troubles de l'usage a pu être analysé (alcool, drogues injectables ou non comme les opioïdes, opiacés, amphétamines, etc).

D'après le rapport mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'alcool et la santé publié en 2018, on estime que 2,3 milliards de personnes consomment de l'alcool dans le monde. Parmi eux 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool. (28) L'alcool fait partie des substances les plus répandues dans le domaine de l'addictologie et, est grandement étudiée dans la littérature, bien que seulement exclusivement étudiée dans neuf études de cette revue.

À noter que deux études de notre revue (les revues les plus récentes) analysent le fardeau des troubles de l'usage des substances mais aussi le fardeau des dépendances sans

produit.(29)(30)

D'une manière plus originale, deux études de notre revue étudient le fardeau des aidants en le comparant suivant les substances consommées par les patients. (4,31)

On peut voir que trois articles qui concernent le trouble de l'usage aux opioïdes ont été publiés aux USA. (23,24,32) Les études publiées aux USA abordent souvent le trouble de l'usage de substances aux opioïdes car la crise des opioïdes est un véritable problème de santé publique. Cette crise frappe les USA depuis plus de trente ans maintenant. Les estimations préliminaires aux États-Unis indiquent plus de 107 000 décès par surdose de drogue en 2021, contre près de 92 000 en 2020. (33)

E- Caractéristiques socio-démographiques et représentativité des populations

Notre question de recherche sur le fardeau des aidants n'est pas conditionnée par une catégorie d'aidants précise. Les études examinées intègrent des populations de différentes tranches d'âge, de différents sexes, et de différents pays et cultures. Ces populations de patients et d'aidants sont alors très variables, ce qui permet une hétérogénéité clinique.

Les études qui ont évalué le fardeau dans les pathologies chroniques tels que les démences d'Alzheimer, le cancer ou les soins palliatifs indiquent que le fardeau ressenti par l'aidant est influencé par de nombreux facteurs qui incluent (26) :

- ceux liés à la personne aidée : l'évolution de sa maladie, son degré d'invalidité, la présence de comorbidités physiques, mentales ou de troubles du comportement, ainsi que son statut social, etc.

- ceux liés à l'aidant : son âge, sa personnalité, sa santé physique et psychique et son statut social, son lien de parentalité avec le patient, son statut dans la famille, son réseau de soutien social. (34)

C'est pourquoi il paraît intéressant d'analyser s'il existe des différences significatives entre les groupes de populations des trente-sept études de notre revue de la littérature (groupes d'aidants sous-représentés, surreprésentés ou non étudiés). Néanmoins les données

démographiques des échantillons concernant le sexe, l'âge l'état matrimonial, l'éducation ou le statut d'emploi, n'ont pas été rapportées dans toutes les études.

1- Sexe de l'aidant

Le genre de l'aidant peut ne pas être pris en compte pour la réalisation d'une étude sur le fardeau des aidants, faire partie des critères d'inclusion de la population, être cité de manière implicite (comme les études qui étudient les aidantes mères uniquement), ou ne pas être précisé du tout.

Parmi les trente-sept articles étudiés, trente articles répertoriaient le sexe des aidants. Là où ces données ont été rapportées, environ 83,31% des soignants informels étaient des femmes. Aucune information n'est rapportée pour quatre revues de la littérature et pour trois autres études dont une étude qualitative et deux études transversales.

Dans trois cas, une étude a repris la population d'une étude antérieure pour réaliser son analyse, ce qui peut légèrement biaiser ce chiffre. (12,18,35–37)

Dans les trois articles de Biegel (12), Brown (35) et Ktaz (37) où la même population est étudiée à trois reprises, 40,2 % étaient des hommes et 59,8 % des femmes. Ce pourcentage ne reflète pas le pourcentage de 83,31% retrouvé pour notre revue narrative mais peut s'expliquer par le fait que 1/3 des aidants étaient des conjoints et que tous les bénéficiaires de soins étaient exclusivement composés de femmes.

À contrario, tous les patients qui ont participé à l'étude de Karpagalakshmi étaient des hommes (n=100) et quatre-vingt-treize soignants étaient des femmes tandis que seulement sept soignants étaient des hommes. (25)

Le genre des bénéficiaires de soin peut avoir un impact sur la proportion d'aidants du sexe opposé, considérant que les conjoints représentent une proportion importante des aidants informels.

À la lumière de ces informations, il est clair que le sexe est un déterminant important de la prestation de soins. (37) D'après le baromètre des aidants, un rôle clé est joué par les femmes: celles-ci sont surreprésentées au sein des aidants. En France, on compte 60% de femmes aidantes. (1)

Comme l'explique Dagi, au niveau mondial, et notamment dans les pays en voie de développement, et conformément au rôle sociétal traditionnel, les femmes sont censées prendre en charge les personnes dépendantes et les comportements qui nécessitent un dévouement personnel, tels que prendre soin, nourrir, grandir, aider et soutenir.

Ces fonctions sont plus attendues des femmes mais ces efforts considérables pour répondre à cette attente, peuvent perturber le fonctionnement social des personnes dépendantes.

En effet dans l'article de Dagi, 69,7 % des soixante-seize soignants turcs étaient des femmes.(13)

2- Lien de parenté de l'aidant

Au cours des années 1960, lorsque les chercheurs ont commencé à s'intéresser au fardeau des aidants, il était fréquent que l'aidant informel soit un membre de la famille, désigné sous le terme d'«aidant familial ».

La famille est un groupe social qui se compose d'individus liés par des liens de parenté, de mariage ou d'adoption, qui vivent ensemble et partagent des ressources, des responsabilités et des émotions. Elle est considérée comme l'une des unités de base de la société et peut jouer un rôle important pour les différents membres de la famille.(25)

Dans une famille nucléaire, les parents sont les figures d'autorité et sont responsables de l'éducation et du bien-être de leurs enfants s'ils en ont. La famille nucléaire est souvent considérée comme la forme la plus courante de la famille dans les sociétés occidentales modernes. La famille commune comprend plusieurs générations de membres de la famille, ainsi que des membres de la famille élargie (cousins, oncles et tantes). La famille commune est plus courante dans les cultures traditionnelles ou dans les sociétés où les liens familiaux sont valorisés.

Depuis quelques décennies, la compréhension de la famille et sa dynamique n'ont cessé d'évoluer avec entre autres les familles recomposées, monoparentales de même sexe.

Aujourd'hui, la famille est aussi un système social de soutien très important notamment dans le domaine de la santé. (22)

La définition d'aidant a elle aussi évolué et le lien de parenté peut désormais être quelconque. Ce lien s'adapte aux changements de la société qui parle maintenant de « proches aidants » et non « d'aidants familiaux »

Parmi les articles de notre revue narrative, la proportion d'aidants familiaux est majoritaire contrairement aux aidants non familiaux. Dans sept études de notre revue narrative, plus de 50% des aidants sont des conjoints et particulièrement des épouses. On constate que les épouses sont très présentes en tant qu'aidantes informelles. (7,19,25,31,38-40)

Karpagalakshmi précise que ces résultats n'étaient pas en faveur du concept d'«épouses pathologiques » provoquant l'alcoolisme chez leurs maris, comme le préconisaient d'autres chercheurs dans les années 1940. (23) Par la suite, cette hypothèse a été remise en question, et nous considérons maintenant que les résultats d'autres études ne la soutiennent pas non plus.

Deux études, non étudiées dans cette revue, ont constaté que les épouses sont les aidantes les plus fréquentes dans un contexte de maladie addictive. Une étude menée par Weiss, Jaffee et deMenil (2004) a examiné la participation des membres de la famille à la thérapie pour la dépendance. Les résultats ont montré que les épouses étaient les membres de la famille les plus impliqués dans la thérapie, avec une participation significativement plus élevée que les autres membres de la famille. (41) Une autre étude menée par Timko et al. (2013) a examiné les caractéristiques des aidants familiaux d'individus atteints de dépendance à l'alcool et de toxicomanie. Les résultats ont montré que les épouses étaient les aidantes les plus courantes, suivies des mères et des partenaires. (42)

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les épouses sont souvent très présentes en tant qu'aidantes dans le contexte de la maladie addictive :

- Les femmes sont souvent considérées comme ayant un rôle de soutien dans la famille et sont socialement conditionnées à prendre soin des autres et donc plus susceptibles d'assumer le rôle d'aidant familial que les hommes.

- Les conjointes sont fréquemment les personnes les plus proches de leur partenaire et les plus concernées par leur bien-être, en particulier en cas de maladie ou de dépendance.

- Les femmes sont souvent plus enclines que les hommes à rechercher de l'aide en cas de difficultés, notamment en matière de santé. Elles sont donc plus susceptibles de chercher des ressources et des soutiens pour elles-mêmes et pour leur partenaire dépendant.

En 2020, Li révèle dans son étude interventionnelle que 40 % des membres de la famille sont des conjoints et réalise des analyses de sensibilité en sous-groupes afin d'évaluer si les effets de l'intervention différaient pour le conjoint par rapport au non-conjoint. L'intervention a eu moins d'effets sur les symptômes dépressifs pour les conjoints par rapport aux non-conjoints, cependant, cette différence n'était pas statistiquement significative. L'effet de l'intervention sur les relations familiales était similaire pour les conjoints et les non-conjoints. (18)

Toutefois, les épouses ne sont pas les seules aidantes à représenter une proportion importante des proches aidants dans un contexte de maladie addictive et certaines études de notre revue de la littérature contredisent ces résultats.

L'article de Sharma révèle qu'un maximum de 35,3% des soignants étaient des mères suivies de 32,7% d'épouses, suivies de 25,3% de pères et 6,7% d'autres parents.(8)

Dans son article, Kelly nous informe que 77% des aidants de son étude étaient des mères de jeunes adultes. (24) À l'heure actuelle, bien que la littérature valide explicitement l'impact négatif de la dépendance sur le système familial, peu de recherches portent sur l'expérience de la façon dont les mères vivent dans le contexte de la dépendance des adolescents. En effet, la littérature donne un certain poids à l'idée que les mères sont silencieuses et réduites au silence. (22) Dans notre revue de la littérature une seule étude analyse spécifiquement le fardeau de mères ayant des enfants souffrant de dépendance. (43)

Dans d'autres études, un maximum de 63 % des soignants étaient les parents d'un patient admis avec une dépendance à une substance et au moins 11,2 % étaient des frères et sœurs du patient, néanmoins la population de bénéficiaires n'était pas caractérisée comme jeunes.

(27) Ceci est en contradiction avec de Weiss et Timko, citées ci-dessus, qui indiquaient que les épouses étaient la catégorie d'aidants la plus représentée.

Cette différence peut être due à une structure familiale conjointe plus répandue dans les pays en voie de développement ou encore à la population de bénéficiaires de patients si elle est très jeune.

En conclusion, les études existantes suggèrent que les parents, les conjoints et les enfants sont les aidants familiaux les plus courants des personnes souffrant de TUS. Les conjoints sont souvent en première ligne dans le soutien de leur partenaire, tandis que les parents, en particulier les mères, sont souvent très impliqués dans la prise en charge de leurs enfants adultes souffrant d'addiction. Cependant, les études sur ce sujet sont limitées, et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les liens de parenté des aidants familiaux dans ce contexte.

Des recherches futures devraient être menées pour évaluer de manière plus approfondie le rôle de la relation de parenté et du sexe du soignant sur les soignants d'adultes souffrant de troubles liés à la consommation de substances ou de troubles mixtes. (37)

3- Age de l'aidant

En médecine en général, le profil d'âge des aidants peut varier en fonction de plusieurs facteurs, tels que le type de maladie, le niveau de dépendance du patient, le contexte familial et social, et d'autres facteurs. Les aidants peuvent être de tous les âges, mais certaines tranches d'âge sont plus susceptibles de fournir de l'aide que d'autres. Les PA dans le contexte de maladies addictives peuvent eux aussi être de tous les âges.

Dans notre revue de la littérature narrative, vingt-sept études rapportent l'âge dans les résultats en tant que données démographiques : ces PA ont un âge moyen de 42,89 ans. Toutefois, dix études ne précisent pas l'âge moyen des PA.

Selon une enquête menée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en France en 2012, les aidants d'une manière générale sont des personnes d'âge moyen, avec une moyenne d'âge de cinquante-sept ans. Cependant, les aidants plus âgés sont

également nombreux, avec près de la moitié des aidants ayant soixante ans ou plus. (44)

A la lueur de nos résultats, on peut voir que les PA de patients souffrant d'un TUS ont un profil plus jeune. Cette moyenne d'âge est similaire à la moyenne d'âge retrouvée dans les résultats d'autres études, comme celle de Rospenda qui révèle que la plupart des soignants de patients souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool étaient des femmes d'un âge moyen de 42,1 ans. (34)

Une autre étude indique que les femmes d'âge moyen assument la plupart du temps la responsabilité de s'occuper d'un membre de la famille toxicomane. (13)

Les jeunes aidants âgés de moins de 35 ans représentent néanmoins une part non négligeable des aidants en France (23%), appelant une attention particulière. (1)

4- Autres caractéristiques de l'aidant

Au vu des données socio-démographiques relatives, d'autres caractéristiques des PA dans un contexte de maladie addictive sont évoquées de manière redondante lors de l'analyse des trente-sept articles de cette revue narrative. Les caractéristiques les plus fréquemment abordées sont les caractéristiques d'activité professionnelle, de niveau d'éducation, de milieu de vie rural ou urbain et de ressources financières.

Plusieurs études constatent que la majorité des soignants sont au chômage. En effet, le chômage précède la pauvreté et cet appauvrissement est inévitablement une cause de fardeau supplémentaire pour les familles et autres PA. (25,45)
En 2019, Garg fait les mêmes constatations : la majorité des soignants dans son étude sont des femmes au foyer (48 %). (46)

Dans les études de Vaishnavi, Faghih, Mukhopadhyay, un pourcentage élevé des aidants étaient sans emploi, respectivement 83% (38), 62%, (47) et 73%. (48)

Néanmoins les résultats sont disparates puisque d'autres études, notamment les études plus récentes et occidentales, retrouvent des PA actifs comme l'étude de Pennel en 2021 où plus de 50 % des PA étaient en activité professionnelle (30) ou encore dans l'étude de Vadher en 2020 où on note 66% d'actifs parmi les aidants. (7)

Les résultats des études analysées n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative ce qui est en adéquation avec nos résultats.

Une autre caractéristique fréquemment citée est le milieu de vie, qu'il soit urbain ou rural. Encore une fois, cette caractéristique est changeante et aucune différence n'a été retrouvée au sein des études analysées.

Garg constate que « plus de 50 % des soignants résidaient dans des régions rurales et des familles nucléaires » (46) alors que Shyangwa dans son étude constate que la majorité des sujets appartenaient aux couches socio-économiques inférieures et au milieu urbain. (49) Dans l'une des études réalisées en France, plus de 37 % habitaient à distance de la métropole étudiée. (30)

Ces caractéristiques supplémentaires peuvent être fonction du lieu de réalisation de l'étude, du niveau de développement et de richesse du pays ou encore fonction de l'emplacement de l'établissement de soins ou au manque de disponibilité et sensibilisation des établissements pour la population rurale.

Aucune de ces études n'a trouvé de différence statistiquement significative au début des études suivant le statut du travail, l'éducation ou encore l'urbain/rural ce qui paraît cohérent avec nos résultats et la littérature.

En résumé, l'analyse des résultats des trente-sept articles montre que le profil type de la majorité des PA est une femme, principalement une épouse, d'âge moyen dans sa quatrième décennie, au foyer et issue d'un statut socio-économique inférieur, originaire de zone urbaine ou rurale.

La population d'aidants peut varier suivant la population de bénéficiaires de soins étudiées. Ici seulement deux études analysent le fardeau des familles de patients jeunes. (22,32) Trois études de notre revue narrative décrivent le fardeau d'aidant en tant que parents et plus particulièrement en tant que mères.(43)

Aucune étude incluse au sein de cet article n'étudie spécifiquement les enfants en tant qu'aidant principal, ce qui rajeunirait inévitablement la population de PA.

F- Échelles et outils d'évaluation

Les articles étudiés au sein de cette revue narrative regroupent de nombreux outils tels que des classifications, échelles ou encore des questionnaires qui nous permettent de répondre à la problématique du fardeau des PA en addictologie.

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques de (DSM-5) sont fréquemment utilisés pour diagnostiquer un TUS chez la population de bénéficiaires de soins. La CIM-10 est notifiée dans six articles. (4,8,31,45,49,50)

D'autres échelles sont régulièrement utilisées en santé mentale pour évaluer la consommation d'alcool, de drogues et la gravité de la dépendance. Ces outils permettent aux professionnels de la santé de recueillir des informations précises sur les habitudes de consommation et les comportements liés à la dépendance.

Il existe plusieurs échelles de mesure de la consommation et de la gravité de la dépendance, chacune avec ses propres avantages et limites. Dans notre étude, quatre d'entre elles sont citées :

- *L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) :*

Il s'agit d'un outil de dépistage qui permet d'évaluer la consommation d'alcool et les comportements associés. Le questionnaire AUDIT-C se concentre sur la consommation d'alcool et se compose de trois questions qui portent sur la fréquence de consommation d'alcool, la quantité consommée et la fréquence de consommation de plus de six verres en une seule occasion. Il est souvent utilisé comme un outil de dépistage rapide. Une étude française de notre étude utilise cette échelle. (26)

- *L'Addiction Severity Index (ASI) :*

C'est un outil d'évaluation clinique standardisé utilisé pour évaluer la gravité de la dépendance à une substance et les problèmes liés à cette consommation. C'est un questionnaire semi-structuré qui explore plusieurs domaines de la vie du patient tels que l'emploi, les relations familiales et sociales, la santé physique et mentale, la consommation de drogues et d'alcool, les antécédents de traitement, etc. Les questions posées dans chaque domaine sont conçues

pour évaluer la gravité des problèmes dans ce domaine. On retrouve cette échelle dans deux études analysées. (36,49)

- *Le Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) :*

C'est un questionnaire de vingt questions sur les symptômes de la dépendance à l'alcool, tels que la tolérance, le désir de consommer de l'alcool, les symptômes physiques de sevrage, la perte de contrôle de la consommation d'alcool, les conséquences négatives de la consommation d'alcool sur la santé et la vie sociale du patient, etc.

C'est un outil d'évaluation bien établi et validé, développé par une unité de recherche sur la toxicomanie d'un hôpital londonien. Il est largement utilisé dans les programmes de traitement de l'addiction à l'alcool mais ne fournit qu'une évaluation de la gravité de la dépendance à l'alcool et ne doit pas être utilisé comme l'unique outil de diagnostic de l'addiction à l'alcool. On retrouve à trois reprises le questionnaire du SADQ. (25,38,45)

- *Le Michigan Alcohol Screening Test (MAST) :*

C'est un questionnaire de 25 items de Selzer (1971), Vinokur et van Rooijen (1975). Ce questionnaire se concentre sur les conséquences du problème d'alcool au cours de l'année écoulée. Une version courte de la MAST a été réalisée à partir de l'instrument initial : la « Short-MAST » (S-MAST) en treize items (Pokorny, Miller & Kaplan, 1972). Cette version est utilisée dans l'analyse d'une de nos études. (34)

D'autres échelles existent pour évaluer la gravité de la dépendance et quantifier l'usage de produit mais n'ont pas été rapportées dans l'analyse de notre littérature.

- *Le Drug Abuse Screening Test (DAST) :* pour évaluer la consommation de drogues illicites et la gravité de la dépendance.

- *Le Severity of Dependence Scale (SDS) :* pour mesurer la gravité de la dépendance à la drogue ou à l'alcool. Le SDS permet d'évaluer les symptômes de sevrage et la tolérance.

De plus, on note l'utilisation d'échelles d'évaluation du fardeau des soignants qui sont des outils qui permettent d'évaluer le niveau de stress, de surcharge ou de détresse et de mesurer la charge émotionnelle, physique et financière que les PA peuvent ressentir lorsqu'ils

prennent soin d'un proche malade. Ces échelles permettent également de quantifier l'impact de cette charge sur leur qualité de vie, leur santé mentale et leur bien-être général.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation du fardeau des soignants, chacune ayant ses propres caractéristiques et avantages. Certaines échelles sont spécifiques à une maladie ou à une situation particulière, notamment suivant la substance consommée, tandis que d'autres sont plus générales et peuvent être utilisées pour évaluer le fardeau des soignants dans divers contextes.

L'analyse des articles de notre revue met en avant plusieurs échelles décrites dans le tableau 2.

- Le Family Burden Interview (FBIS) :

C'est une échelle d'évaluation qui mesure le fardeau ressenti par les membres de la famille ou les aidants informels de patients atteints de maladies mentales. Développée par Shaila Pai et Kapur, cette échelle est considérée comme une méthode standardisée, valide et fiable d'évaluation de la charge familiale et est utilisée dans diverses études pour mesurer le fardeau de la famille pour différents types de maladie.

Bien que le FBIS ait été conçu à l'origine pour évaluer le fardeau ressenti en santé mentale, il est utilisé en addictologie pour évaluer le fardeau ressenti par les PA de personnes atteintes de TUS. Il évalue le fardeau objectif (fardeau financier, perturbation des activités familiales de routine, perturbation des loisirs familiaux, perturbation des interactions familiales, effet sur la santé physique des autres et effet sur la santé mentale) mais également le fardeau subjectif total. C'est l'outil le plus utilisé dans notre revue narrative. (4,8,25,37,38,40,45,49,50)

- Le Family Experiences Interview Schedule (FEIS):

Le FEIS est une échelle d'évaluation qui vise à comprendre les expériences et les perceptions des membres de la famille en ce qui concerne la maladie mentale et ou le TUS de leur proche. Il se concentre sur des aspects tels que la communication, le soutien social, la stigmatisation et la qualité de vie alors que le FBIS se concentre sur les difficultés rencontrées par les soignants dans leur vie quotidienne en raison de leur rôle d'aidant.

- *Le Zarit Burden Interview (ZBI)* :

C'est un questionnaire initialement développé pour évaluer le fardeau ressenti par les PA de personnes atteintes de maladies chroniques ou de troubles cognitifs. Il est largement utilisé dans les programmes de soins aux aidants familiaux. Il peut néanmoins être utilisé comme outil d'évaluation pour évaluer la charge et la détresse émotionnelle des PA de personnes souffrant de TUS mais avec prudence, car les PA des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances peuvent être confrontés à des défis différents de ceux des aidants familiaux de patients atteints de maladies chroniques ou de troubles cognitifs.

Le ZBI est un questionnaire qui comprend vingt-deux items évaluant différents aspects du fardeau des aidants, tels que la détresse émotionnelle, la fatigue, la charge financière et la difficulté à prendre soin de la personne malade. Il peut être utile pour évaluer l'efficacité des interventions pour soulager leur fardeau cependant il prend uniquement en compte les aspects négatifs du soutien de l'aidant et non la valorisation de la personne aidante et le renforcement des liens entre l'aidant et l'aidé. (26)

Cette échelle est utilisée à quatre reprises dans notre revue. (13,26,45,47)

- *Le Caregiver Burden Inventory (CBI)* :

C'est un outil d'évaluation du fardeau, de Novak et Guest, qui mesure l'impact des soins sur la qualité de vie des PA. Il comprend cinq sous-échelles de fardeau : dépendance au temps, développemental, physique, social et émotionnel.

* La charge liée au temps mesure l'impact perçu de la prestation de soins sur le temps de l'aidant.

* Le fardeau développemental évalue dans quelle mesure les soignants se sentent « hors du temps » ou désynchronisés par rapport au reste de leurs pairs.

* Le fardeau physique mesure le sentiment de fatigue des soignants dû à la prestation de soins.

* Le fardeau social mesure les sentiments de conflit des PA résultant de leur rôle de soignant dans leur vie professionnelle et familiale. Il a été démontré à maintes reprises que le soutien social aide à atténuer les effets néfastes du fardeau sur la santé des soignants.

* La charge émotionnelle mesure les sentiments négatifs que les soignants ont vis-à-vis de leurs soins.

D'après la littérature, le CBI est un outil d'évaluation largement utilisé et validé dans différents contextes de soins de santé, et peut être utilisé dans le domaine de l'addictologie. (34)

Parmi les échelles les plus couramment utilisées en addictologie, non retrouvées dans notre étude, on peut également citer : l'Échelle de la détresse des aidants familiaux (EDAF), ou encore le Questionnaire sur le fardeau des aidants (QFA).

D'autres échelles sont utilisées dans notre analyse pour décrire ce fardeau des aidants :

- *L'échelle WHOQOL-BREF :*

L'échelle de qualité de vie de l'OMS est composée de vingt-six items qui évaluent le bien-être physique, psychologique, social et environnemental des individus dans le cadre de différentes maladies et traitements. (51) Cet outil est valide et fiable pour évaluer la qualité de vie dans différentes cultures et contextes. Il est largement utilisé dans le domaine de la santé et peut être utilisé pour évaluer la qualité de vie des patients ou des aidants liés à la consommation de substances. Cependant, il est important de noter que l'échelle WHOQOL mesure la perception de la qualité de vie de l'individu, ce qui peut différer de l'observation clinique et de l'évaluation objective de la santé.

Cette échelle est retrouvée dans cinq articles de notre revue de littérature (7,39,40,46,52).

Dans son étude, Salize a utilisé les données sur la qualité de vie des soignants pour calculer les années de vie ajustées sur la qualité. (39)

D'autres échelles mesurent de manière originale le fardeau des aidants en mesurant la satisfaction du couple avec échelle de la sexualité et évaluation de la qualité relationnelle des couples avec l'échelle DAS (Dyadic Adjustment Scale). (48)

Une des études analysées dans notre revue répond à la question de la recherche directrice « Comment la charge des soignants est-elle mesurée chez les soignants des personnes atteintes de troubles de la consommation de substances ? ». Cet article synthétise les instruments utilisés pour évaluer et mesurer le fardeau des soignants des personnes atteintes de TUS. Similairement à nos résultats et aux outils décrits dans l'analyse, Tyo et al. constatent qu'il existe une variété d'instruments qui ont été adaptés à partir d'une utilisation

avec d'autres populations (soignants de patients atteints de maladies mentales et de troubles liés à l'âge) mais aucun n'a été spécifiquement développé pour être utilisé dans le TUS. (21)

Des instruments qui évaluent avec précision le fardeau objectif et subjectif des PA dans cette population sont nécessaires pour clarifier davantage les attributs liés à un plus grand fardeau chez les soignants des bénéficiaires de soins atteints de TUS. (21) Les outils sus-cités dans notre revue de la littérature sont considérés comme fiables et valides. D'autres outils utilisés plus rarement sont nommés dans le tableau 2 mais n'ont pas prouvé leur validité pour mesurer le fardeau en addictologie.

Certaines des études analysées ne précisent néanmoins pas les outils utilisés. (30)

IV- Discussion

A- Fardeau et charge de soins

Notre revue de la littérature évalue différents domaines du fardeau des PA dans un contexte de TUS, notamment les effets de la santé physique et mentale, la qualité de vie, la perturbation de la routine et des interactions familiales, le fardeau financier, et d'autres encore.

1- Impact sur la santé mentale et physique

Dans le cadre de cette « maladie familiale » du TUS, les aidants constituent un groupe qui est à haut risque de mauvaise santé et de développer des problèmes physiques, psychologiques, sociaux et émotionnels délétères. (29)

Bien que les rapports de l'OMS, de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et de l'Union Européenne (UE) reconnaissent parfois les dommages causés aux PA, ils sont incapables de calculer l'ampleur de ces dommages. (16) La présence d'une dépendance à un produit chez un proche est un facteur important qui influence la morbidité psychiatrique et la qualité de vie des aidants. (25) Les résultats de l'analyse des trente-sept études incluses ont montré que les

aspects du fardeau de l'aidant ont des conséquences psychologiques et physiques particulièrement mises en évidence.

	Outils	Fonction	Utilisation
Définition du TSU	CIM-10 (Classification internationale des maladies)	Poser le diagnostic de TSU	6 études
	DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)	Poser le diagnostic de TSU	1 étude
Consommation et gravité dépendance	SADQ (severity alcohol dépendance questionnaire)	Mesure de la présence et du niveau de dépendance à l'alcool	3 études
	ASI (Addiction severity Index)	Indice de gravité de la dépendance	2 études
	BMAST (Brief Michigan Alcohol Screening Test)	Mesure la consommation problématique d'alcool	1 étude
	AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption)	Questionnaire repérage des consommations problématiques d'alcool	1 étude
Évaluation du fardeau	Échelle de ZARIT	Inventaire de la charge des aidants familiaux	4 études
	FBIS (Family Burden Interview Schedule)	Échelle d'évaluation du fardeau ressenti par les aidants	9 études
	FEIS (Family Experiences Interview Schedule)	Échelle d'évaluation des expériences et perceptions des aidants	1 étude
	CBI (Caregiver Burden Inventory)	Mesure l'impact des soins sur la qualité de vie des aidants familiaux	1 étude
	Barème d'évaluation du fardeau modifié Sell H.	Évaluation du fardeau	1 étude
Retentissement social du fardeau	WHOQOL-BREF (The World Health Organisation Quality Of Life - BREF)	Échelle de qualité de vie	5 études
	Family functioning scale	Échelle de fonctionnement familial	1 étude
	SFS (Social Functioning Scale)	Échelle de fonctionnement social	1 étude
	ISEL (Interpersonal Support Evaluation List)	Liste du soutien interpersonnel	2 études
	Échelle des comportements	Fréquence des problèmes de comportements des patients	2 études
Symptômes psychosomatiques	PSSAS (Perceived Stigma of Substance Abuse Scale)	Échelle de stigmatisation perçue de l'abus de substances	2 études
	Échelle d'évaluation de la dépression de ZUNG	Évaluation de la présence et la gravité des symptômes dépressifs	2 études
	MHI-18 (Mental Health Inventory)	Inventaire de la santé mentale	1 étude
	MSAS-SF (Memorial Symptom Assessment Scale Short Form)	Échelle d'évaluation des symptômes physiques et psychologiques	1 étude
	HADS (Hospital Anxiety and Depression scale)	Échelle anxiété et de dépression hospitalière	1 étude
Stress	PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)	Questionnaire de sévérité de la dépression	1 étude
	PSS 10 (Perceived Stress Scale)	Questionnaire de sévérité de la dépression	1 étude
	KCSS-10	Échelle de stress des soignants de Kingston	2 études
	DAS (Dyadic Adjustment Scale)	Évaluation de la qualité relationnelle des couples	1 étude
Couples	SS (Sexual Scale)	Échelle de la sexualité	1 étude
	CIAS-C (Entretien structuré d'évaluation clinique initiale – Cleveland)	Évaluation les patients souffrant de troubles mentaux	1 étude
Autres	CSSRI (Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory)	Évaluation de la situation financière des patients et des dépenses familiales supplémentaires	1 étude
	Entretien « Conséquences de la maladie mentale pour la famille »		1 étude

Tableau 2 : Outils de mesure utilisés dans la revue de la littérature

Sur le plan physique, les aidants font très fréquemment référence à leur mauvaise santé en général, à la fatigue éprouvée, aux douleurs chroniques (musculaires et articulaires), aux troubles du sommeil, aux maux de tête, aux troubles digestifs, à une augmentation de la tension artérielle et des maladies liées au stress. Ils peuvent également être à risque de maladies chroniques en raison d'un manque d'activité physique, d'une alimentation inadéquate et d'un manque de temps pour prendre soin d'eux-mêmes. (16,27)

Une partie de la littérature s'accorde pour dire que les aidants de personnes souffrant d'un TUS sont à risque de souffrir de problèmes de santé physique liés au stress chronique associé au rôle d'aidant. Toutefois, en étudiant le fardeau dans le domaine de la santé physique des aidants, Vaishnavi déclare que la majeure partie des PA (95 % des 200 aidants interrogés) relatent qu'il n'y a pas de fardeau physique. Néanmoins en santé mentale, 58 % des aidants ont déclaré avoir de lourds fardeaux. (38)

Sur le plan psychologique, le fardeau perçu d'une manière majeure par les aidants est très difficile à supporter. Une étude montre que les PA d'un patient dépendant ont un mélange de sentiments négatifs comme la tristesse, la colère, le stress, l'anxiété, la culpabilité, l'isolement social, la frustration et l'épuisement émotionnel. (27)

Les recherches portant sur les problèmes de santé des PA ont fait état de nombreux problèmes de santé mentale chez les enfants et les conjoints de toxicomanes, et notamment sur l'état de santé psychologique des épouses, qui représentent une grande proportion de PA en addictologie. (53) Une augmentation ou une instabilité de la propre consommation de substances des PA, y compris le tabagisme et l'utilisation de médicaments prescrits se retrouvent dans certains résultats. (25)

Dans l'étude française de Hoertel, plus de 68 % des personnes décrivant un fardeau modéré ou sévère déclarent souffrir d'un trouble anxieux ou d'une dépression. (26) Les résultats de l'étude de Shyangwa en 2008 démontrent un fardeau objectif de 56,0 % prenant en compte les effets sur la santé mentale et physique des aidants. (49)

Surajoutée à une mauvaise santé mentale, la dépendance peut être associée à des actes de maltraitance du PA notamment des épouses. Par exemple, les conjointes de personnes souffrant de troubles d'usage de l'alcool (TUA) sont victimisées, souffrent de troubles de

l'humeur, de troubles anxieux, sont sujettes aux blessures et sont très fréquemment en moins bonne santé que les conjointes de non-consommateurs d'alcool. (45)

Les PA, stressés par l'expérience de soins, développent par la suite des problèmes de santé qui leur sont propres et ne peuvent être en mesure de fournir un soutien et une assistance adéquates au membre de leur famille malade. (37) Cela peut conduire à une situation « paradoxale » car les besoins non satisfaits des soignants informels peuvent affecter négativement à la fois le soignant et le patient. Ces effets négatifs peuvent amener les soignants à abuser de substances, à augmenter leurs niveaux d'anxiété et de dépression ou à augmenter la fréquence des abus psychologiques ou physiques de la part du soignant. (29)

Il est important de noter qu'aucune étude de notre panel d'analyse ne s'est intéressée spécifiquement aux symptômes physiques ou aux symptômes psychologiques des aidants : ces domaines sont étudiés simultanément avec le reste du fardeau objectif.

2- Impact sur la qualité de vie

La qualité de vie des aidants en addictologie est un paramètre important qui donne un aperçu de l'impact du trouble sur la vie des personnes touchées (31), elle peut être significativement affectée par ce rôle d'aidant. Le stress chronique, les défis émotionnels et physiques associés au fait de prendre soin d'une personne ayant des problèmes de dépendance peuvent avoir un impact sur la qualité de vie.

Plusieurs études ont examiné la qualité de vie des aidants de personnes ayant des problèmes de dépendance et les résultats montrent que les PA présentent une diminution de leur qualité de vie (39,40,46,52).

Certaines études ne se sont pas spécifiquement intéressées à cette qualité de vie cependant aucune d'entre elles n'a retrouvé une qualité de vie similaire entre aidants et non-aidants.

Il est important de souligner que la qualité de vie des PA peut varier en fonction de facteurs tels que la durée et l'intensité du rôle d'aidant, les ressources et le soutien disponibles et les caractéristiques de la personne souffrant de TUS.

Parmi les études analysées, Tyo constate que des niveaux plus élevés de fardeau pour les soignants informels sont également associés à une diminution de la qualité de vie et à une augmentation de la mortalité chez les soignants.(21)

En 2015, Garg indique que la qualité de vie est plus faible chez les femmes que chez les hommes en se référant au questionnaire de la qualité de vie de l'OMS (WHOO-QOL).(46)

Une autre étude de notre revue analyse la qualité de vie des PA avant et après un traitement pour leur bénéficiaire de soin. Les résultats démontrent que la qualité de vie des membres de la famille augmente considérablement et de façon significative au cours de la période de douze mois suivant le début du traitement (augmentation moyenne de 7,4 points de la qualité de vie). Cependant l'augmentation globale de la qualité de vie peut être attribuable au simple fait que le sujet a commencé un traitement (abstinence complète durant le traitement, contrôle efficace des symptômes de sevrage, installations thérapeutiques adaptées au patient, etc), sans égard pour le résultat. (39)

Les résultats de l'étude de Sapna en 2017 corroborent ces résultats : il existe une altération de la qualité de vie dans divers domaines : le domaine de la qualité de vie avant le début du traitement, la satisfaction à l'égard de l'état de santé, la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement. Alors que les résultats de base de l'étude ne montrent aucune différence significative du fardeau familial dans les domaines objectif et subjectif, il y a une réduction drastique de la charge du soignant après l'intervention de travail d'un groupe social dans le groupe expérimental par rapport au groupe témoin. Cette étude démontre qu'il est possible d'améliorer la qualité de vie des soignants avec une intervention de travail d'un groupe social avec un traitement pharmacologique régulier. (40)

Tous ces résultats sont compatibles avec une étude publiée dans le Journal of Substance Abuse Treatment qui a révélé que les aidants de personnes souffrant de TUS ont une qualité de vie significativement plus faible que les non-aidants, en particulier dans les domaines de la santé mentale, des relations sociales et de l'environnement physique. (54)

De plus, les PA en addictologie peuvent également éprouver un sentiment de stigmatisation sociale, de honte ou de culpabilité, ce qui peut contribuer à une qualité de vie réduite.

La limitation sociale est mentionnée au vu de l'absence de temps pour participer aux activités sociales puisque la plupart du temps des soignants est consacré au bien-être de leur proche. (55)

3- Impact familial

Le TUS a très souvent été qualifié de « maladie familiale ». (8) Les études présentées dans cette revue narrative sont unanimes pour affirmer que le TUS a des répercussions, non seulement sur la personne qui en souffre, mais également sur son entourage familial et social. Dans la famille d'un patient souffrant de dépendance, la plupart des domaines de la vie familiale seront touchés, par exemple, les relations interpersonnelles, les relations sociales, les finances et les loisirs. (40)

En plus du fardeau physique et mental, plusieurs études de notre revue ont démontré que les soignants informels ressentent un fardeau important dans le domaine des interactions familiales. (25)

Des perturbations des activités familiales de routine associées à un fardeau modéré à sévère et des perturbations du domaine des interactions familiales avec un lourd fardeau ont été trouvées pour la majorité des participants d'une étude réalisée à ce sujet.(38)

Dans une autre étude, près d'un tiers des répondants ont souligné que le bénéficiaire de soins affectait négativement les autres membres de la famille et la cohésion familiale (problèmes de comportements tels que vol, menace...). Ceci peut entraîner la négligence des autres membres de la famille. (55)

D'autres études relatent que les rituels familiaux (repas quotidiens, anniversaires, etc) peuvent être interrompus en raison de troubles du comportement de la personne atteintes d'un TUS. (49)

Par exemple, les mères de jeunes adultes souffrant d'un TUS décrivent des perturbations familiales avec relations tendues avec les autres membres de la famille et de la communauté dues à l'expérience négative résultant de la mauvaise conduite de leur fils. (43) Au sein de la famille nucléaire, les relations conjugales peuvent être grandement détériorées avec une attention et une affection envers le conjoint inadéquates et une incapacité à satisfaire les besoins émotionnels du partenaire. (31)

Ainsi, dans notre société, l'abus de substances est fréquemment associé aux conflits conjugaux, à la violence contre les membres de la famille, aux agressions et au risque élevé de commettre des infractions pénales. (49)

Il ne faut néanmoins pas oublier que la dynamique familiale peut être affectée par un événement positif tel qu'un membre atteint d'un TUS qui suit un traitement et se rétablit. (23) Les études n'incluant pas un PA ont été exclues de la revue, par conséquent, toutes les études incluses et analysées décrivent ce fardeau familial (ou fardeau de l'entourage).

4- Impact financier

Le fardeau financier est considéré comme faisant partie du fardeau objectif. (39) Les familles qui connaissent la pauvreté ou qui présentent un fardeau financier peuvent se sentir vulnérables et s'endetter en raison de divers facteurs tels que le chômage, la gestion inappropriée des ressources financières, les frais juridiques ou médicaux non assumés mais aussi en raison du coût de la drogue elle-même. (23,55)

C'est un des principaux fardeaux susceptibles d'être ressenti par les familles en raison de la perte de revenus du patient, de l'absence de travail et de l'utilisation des fonds pour se procurer des substances dont ils dépendent. (49)

Bien qu'un certain nombre de coûts économiques soient pris en compte comme le soutien financier au proche à partir des ressources familiales ; l'argent donné innocemment ou involontairement à des proches pour les aider à se procurer de la drogue ; le vol d'argent ou de biens; l'occasion perdue d'emploi pour les aidants; les coûts de la mauvaise santé des aidants, l'estimation de la taille de ces coûts en termes monétaires se heurte à des problèmes conceptuels et méthodologiques. (16)

Une seule étude de notre revue porte sur l'analyse du fardeau financier des aidants de patients souffrant d'un TUA. Elle a analysé de manière originale quarante-huit aidants familiaux et leur situation financière. (39) L'analyse porte sur l'évaluation de la situation financière des patients et toutes les dépenses familiales supplémentaires liées à l'alcoolisme des patients au cours des 4 semaines précédentes à l'aide de l'outil CSSRI (Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory).

Les résultats montrent que le fardeau financier des membres de la famille des patients souffrant d'un TUA est très important. Au sein de la population étudiée, il s'élève à environ 20% du revenu familial (en moyenne à 627,78 € par mois). Les dépenses les plus importantes concernent les boissons alcoolisées ou le tabac. Au bout d'un an, la charge financière diminue considérablement et de manière significative après l'entrée en traitement ($p = 0,0032$) avec des dépenses réduites de 145,40 € en moyenne. Cependant cette étude ne possède pas de groupe témoin donc aucune conclusion n'a pu être mise en avant seulement une influence. (39)

Lorsque les études sur les dépendances incluent les effets sur les familles, elles se concentrent rarement sur des aspects précis tel que le fardeau financier. Ce thème est très peu étudié spécifiquement alors qu'il se retrouve chez toutes les populations souffrant de TUS. D'autres articles évoquent les conséquences financières résultant de la consommation de substances des bénéficiaires sans l'analyser spécifiquement, soit quinze études sur trente-sept incluses.

Le fait d'avoir des relations familiales perturbées et une charge financière peut encore exacerber le fonctionnement psychologique des soignants, ce qui a un impact négatif sur le bien-être général de la famille.

5- Impact social

Étant les premiers à entrer en contact avec la personne atteinte de TUS, les PA doivent également faire face à la stigmatisation, la honte et les préjugés de la société. Un TUS chez un proche peut paralyser la vie des autres membres de la famille et restreindre leurs possibilités de loisirs, de socialisation et d'emploi. (7)

a- Stigmatisation

La stigmatisation est la dévaluation de groupes et d'individus en raison de traits ou de comportements qui s'écartent de la norme. Les PA en addictologie peuvent être confrontés à des stigmatisations et des préjugés en raison de leur rôle dans le soutien des personnes souffrant de dépendance. La stigmatisation réduit la qualité de vie des soignants et a un

impact négatif direct sur la santé psychologique et physique. Elle a donc un impact négatif sur le fardeau objectif et le fardeau subjectif. La stigmatisation est liée à l'isolement social, à l'exclusion, à la perte d'espoir et d'estime de soi, à la réduction des opportunités de vie, aux symptômes dépressifs et à la détresse psychologique. Cette stigmatisation entraîne un déclin social et plusieurs études s'y intéressent.

En 2007, Biegel réalise des enquêtes pour mesurer l'impact de la stigmatisation sur le fardeau des PA. Il constate que la stigmatisation contribue au fardeau subjectif. Cependant, les résultats de l'étude sont limités car l'échantillon contient majoritairement des femmes afro-américaines et également des expériences liées spécifiquement à la prise en charge d'un toxicomane en cours de traitement. (12)

En 2019, Garg étudie la souffrance liée à la stigmatisation familiale des aidants familiaux de patients souffrant de TUS, aspect de la qualité de vie qui est peu étudié dans cette population. C'est la seule étude de notre revue et de la littérature qui étudie un seul aspect du fardeau, ici un aspect du fardeau objectif. (46) Significativement, Garg retrouve que la stigmatisation familiale réduit la qualité de vie dans plusieurs domaines. Cette stigmatisation est plus élevée de manière significative chez les épouses des patients que chez les parents, les frères et sœurs et les enfants et chez les aidants mariés que les aidants célibataires. La plupart des autres variables socio-démographiques et cliniques (le sexe, l'éducation, la profession, le revenu familial, le type de famille, le diagnostic du patient et l'hospitalisation antérieure) ne retrouvait pas de stigmatisation significative. (46)

Dans une autre étude incluse, près d'un tiers des personnes interrogées déclarent être exposées à la stigmatisation associée aux TUS et aux sentiments négatifs avec une exacerbation de l'isolement social et un obstacle à la recherche d'un soutien. Les lois et politiques nationales sur les drogues ont été identifiées comme un obstacle supplémentaire à l'adaptation, augmentant le fardeau des soignants. (55)

Dans son étude, Smith explique la vision de notre société et comment la famille était perçue avant l'émergence des modèles de traitement familial en addictologie. La famille était

considérée comme ayant contribué au problème de toxicomanie. Cette perception négative a conduit à la stigmatisation et au blâme des familles touchées par la toxicomanie. (56)

Une échelle de stigmatisation permet de mesurer les inquiétudes que les soignants ont eues quant à la façon dont ils seraient perçus ou traités par les autres dans leur environnement social. Cette échelle utilisée dans deux articles de notre revue narrative a démontré une bonne fiabilité. (37,53)

Il est avancé dans la littérature que la stigmatisation des populations souffrant d'un TUS pourraient être la principale raison des problèmes sociaux largement non résolus entourant l'utilisation problématique de substances. (17)

Il serait donc important de sensibiliser à la stigmatisation et de la combattre en fournissant des informations précises sur la dépendance et les rôles des PA, en encourageant la communication et le soutien entre les aidants et en fournissant des services de soutien et des ressources. Les efforts visant à réduire la stigmatisation familiale et à améliorer la qualité de vie des soignants devraient faire partie intégrante du plan de prise en charge.

Nous savons que la stigmatisation peut dissuader les aidants de chercher de l'aide auprès du réseau social plus large, pour eux-mêmes et pour les personnes qu'ils soutiennent, les laissant souvent impuissantes et isolées. Le manque de soutien étant très fréquemment rapporté. (43)

b- Manque de soutien

Le soutien social est un concept qui décrit l'aide, l'assistance, le confort et l'encouragement qu'une personne peut recevoir de ses relations sociales (famille, amis, collègues et membres de la communauté). Cela peut inclure des éléments tels que l'écoute, les conseils, l'aide pratique, les encouragements et les compliments. (57)

Étant donné que le soutien social est crucial pour une bonne santé en général, il a été reconnu comme une ressource importante dans des situations stressantes telles que la prestation de soins.

En France, si les aidants peuvent se tourner vers certains professionnels de santé pour être soutenus dans leur rôle d'aidant, près d'un quart d'entre eux ne citent aucun soutien. Certains

aidants sont donc particulièrement isolés dans leur rôle. (1) Dans les pays en voie de développement, le soutien du gouvernement et d'autres organisations aux personnes atteintes de TUS et à leurs soignants informels est insuffisant à tous les niveaux. Il existe peu de centres de traitement de santé mentale et de services d'addictologie.

Bien que les besoins des soignants soient importants à prendre en considération dans les soins de santé mentale, des recherches antérieures montrent que ce groupe de personnes peut être difficile à atteindre et à impliquer. (15)

Dans l'étude de Thein, presque tous les PA ont déclaré qu'ils n'avaient reçu aucune aide extérieure à la famille pour faire face au large éventail de problèmes notamment dû à plusieurs obstacles. Les freins et obstacles au soutien et à la réduction du fardeau sont multiples et doivent être prise en compte :

- Difficultés pour l'aidant de se reconnaître comme tel et d'identifier ses besoins
- Psychologiques : sentiment de culpabilité
- Culturels ou financiers
- Administratifs et géographiques
- Méconnaissance des droits
- Manque de solutions adaptées sur le territoire
- Perception négative par les aidants des dispositifs existants

La stigmatisation est un obstacle social important au soutien social. (55)

L'auteur d'une étude de notre revue a déterminé que les soignants qui ne voulaient pas demander de l'aide étaient plus à risque de dépression et de fardeau (35), tandis que des niveaux plus élevés de soutien social perçu étaient associés à une plus grande auto-efficacité des soignants parmi les soignants des patients atteints d'une maladie fortement stigmatisée. (21) De plus, des niveaux plus élevés de soutien social global de la part du réseau social de l'aidant ont prédit des niveaux plus faibles de stigmatisation perçue ($p < 0,05$). (37)

Avoir le soutien d'autres personnes peut directement améliorer le bien-être d'un individu et également faciliter la gestion du stress. L'effet positif du soutien émotionnel sur le bien-être psychologique et la santé physique est démontré dans la littérature de la prestation de

soins. Les résultats de l'étude de Katz-Saltzman en 2008 le corrobore : « Des niveaux plus élevés de soutien émotionnel reçus par l'aidant étaient associés à un fardeau objectif plus faible ; des niveaux plus élevés d'affaiblissement du soignant prédisaient un fardeau objectif plus élevé. » (37)

6- Facteurs prédictifs et corrélation

Certains facteurs ont été identifiés comme étant prédictifs du fardeau. Dans deux études examinées dans cette revue, l'objectif spécifique était d'analyser les facteurs prédictifs du fardeau chez les PA de patients souffrant de TUS. (52,53) Pour les autres études incluses, les facteurs prédictifs de la sévérité du fardeau ne sont pas énoncés dans tous les objectifs, mais beaucoup d'entre eux mentionnent ces facteurs dans leur discussion ou leur conclusion.

a- Sexe et âge de l'aidant

Comme nous avons pu le constater dans les résultats des variables socio-démographiques, les femmes qu'elles soient mères ou épouses représentent une proportion prédominante chez les aidants.

Vadher arrive à la conclusion que le sexe féminin est un facteur prédictif de fardeau élevé. Les femmes sont susceptibles de subir un fardeau de soins plus élevé que les hommes avec des scores plus élevés sur l'échelle ZBI. (7,21) D'autres études sont en accord avec ces résultats (45) suggérant que les hommes aidants âgés de trente-et-un ans à quarante-cinq ans, ainsi que les aidants mariés, ont une meilleure qualité de vie de manière significative. (26,46)

Cependant, bien que nous ne retrouvions pas ces résultats dans notre étude, la littérature connaît des résultats contradictoires dans d'autres études, où les hommes aidants ont subi un fardeau de soins plus important que les femmes aidantes. (58) Par ailleurs, ces études n'ont pas permis de démontrer de corrélation entre le fardeau perçu par les aidants et les variables sociodémographiques.

Suivant les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des PA, le niveau du fardeau global ressenti était significativement associé à un âge du répondeur entre trente et quarante-quatre ans. (26)

Dans une étude de notre revue, une corrélation négative significative a été trouvée entre les scores « impact sur la relation » et « appréciation de la prestation de soins » et l'âge des aidantes majoritairement épouses, c'est-à-dire que les épouses plus jeunes percevaient plus de fardeau que les plus âgées. Cela peut s'expliquer par le fait qu'à mesure que l'âge de la femme augmente, elle devient plus mature et comprend mieux les besoins et les soins du patient ; par conséquent, elle perçoit moins de fardeau et plus de satisfaction en raison de l'appréciation et de la reconnaissance des bons soins prodigués par la famille et les amis des patients. (31)

A contrario, une étude de notre revue indique qu'un âge plus avancé des membres de la famille était significativement associé à un niveau plus élevé de fardeau subjectif et plus précisément plus de symptômes dépressifs ($p < 0,0001$). (36)

D'autres facteurs prédictifs du fardeau des aidants ont été identifiés dans les études examinées.

b- Emploi, éducation et faibles ressources

Dans certaines études, les analphabètes sont exclus de l'étude car ils ne sont pas en mesure de répondre aux questionnaires selon les auteurs (13) alors que dans diverses études on retrouve ce facteur comme facteur prédictif de l'augmentation du fardeau. L'éducation du patient souffrant d'un TUS est, elle aussi, pointée du doigt car le patient plus instruit comprend et apprécie les soins que lui prodigue son aidant. Il y a donc une meilleure vie conjugale et sociale par rapport aux patients avec un niveau d'éducation inférieur. Par conséquent, l'éducation devient une partie intégrante de ce fardeau. (31)

Chez les soignants et leur proche souffrant d'un TUS, un fardeau sévère est plus observé chez les chômeurs. (4,45) Une explication possible peut être qu'en raison du chômage, les patients et les soignants sont contraints à une vie de pénurie. Ils passent plus de temps à la maison et

les soignants sont surchargés de tâches de soins, par rapport aux patients qui sont employés où les soignants bénéficient de plus de temps de repos et de soulagement pendant que les patients sont absents pour le travail. La rareté monétaire alourdit encore le fardeau. (7) En examinant les scores de l'échelle de fonctionnement sociale des soignants (SFS), il a été constaté que le fait d'être non fonctionnel dans la sous-échelle de l'emploi entraînait des difficultés économiques. (13) Selon l'étude de Nebhinani, un seul facteur est prédictif d'un fardeau sévère : c'est le chômage. (50)

c- Substances

Il existe des preuves suggérant que le fardeau des aidants varie selon le type de substances et d'après la littérature la sévérité de la dépendance est le principal facteur de fardeau. Plusieurs études approfondies ont été réalisées sur cette question. (49)

Une étude publiée en Inde en 2017 a comparé le fardeau d'épouses aidantes. Les résultats ont montré de manière significative que les épouses des patients dépendants à l'héroïne percevaient plus de fardeau dans les facteurs globaux par rapport aux épouses de patients alcool-dépendants. (31)

Une étude indienne antérieure comparant la charge pesant sur les soignants de patients dépendants de l'alcool et des opiacés a révélé une charge modérée à sévère chez 95 % à 100 % des soignants. Cependant cette étude ne parvenait pas à une différence significative entre les groupes suivant la substance consommée. (4)

Au sujet de la gravité de dépendance qui a été évaluée par de multiples outils de mesure, Vaishnavi conclut que la sévérité de la dépendance à l'alcool est corrélée positivement et significativement ($p < 0,001$) avec un fardeau objectif et subjectif important pour les soignants. (38)

Une autre étude qui a utilisé le même outil d'évaluation de la sévérité du TUS (le questionnaire SADQ) constate également une corrélation entre la sévérité du TUS et le fardeau. (41) Une étude supplémentaire parvient au même constat : il existe des corrélations positives entre les caractéristiques de consommation d'alcool chez les patients et l'état de santé général et le fardeau familial chez les soignants. La durée de consommation d'alcool est positivement

corrélée avec les scores SADQ et donc avec la sévérité de la dépendance et avec le score du FBIS et ainsi avec le fardeau objectif et subjectif. (25)

Le score ASI, qui objective également la gravité de la dépendance, décrit une corrélation positive du fardeau global (objectif et subjectif) perçu par les aidants. (49)

Sans utilisation de questionnaire de sévérité mais avec analyse du fardeau en fonction du nombre de substances consommées, Sharma conforte ces résultats. Dans son étude, les soignants de patients présentant plus d'une dépendance à une classe de substance ont signalé un fardeau objectif sévère (94,1 % contre 5,8 %). (8) L'augmentation de la sévérité de la dépendance était significativement associée à des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs et donc de fardeau subjectif ($p = 0,0003$) dans une autre étude analysée. (36)

De plus, les soignants de personnes consommant des substances par voie intraveineuse ou par injection ont signalé un fardeau significativement plus élevé et une qualité de vie réduite par rapport aux non injecteurs. (21)

Après analyse de ces résultats, on peut penser qu'il existe des facteurs qui influent l'ampleur du fardeau des TUS auprès des PA comprenant les substances utilisées (quantité, type, fréquence d'utilisation de substances), les méthodes d'administration, la gravité et la durée du TUS. (8,13,23)

d- Soutien

Le faible soutien social a été cité comme prédictif chez les femmes souffrant d'un TUS à l'alcool dans l'étude de Biegel. (12) De plus, il a été déterminé que les soignants en isolement social, qui ne voulaient pas demander de l'aide étaient plus à risque de fardeau, de dépression mais aussi de consommation d'alcool. (35)

Une corrélation non statistiquement significative a été retrouvée entre les scores de la SFS et du ZBI. Autrement dit, lorsque la perception sociale du patient augmente, le fardeau perçu des soins des soignants diminue. (13) Dans une autre étude, un plus grand soutien social était également prédictif de niveaux inférieurs de stigmatisation perçue. (37)

e- Symptomatologie et stress

Le stress du soignant est, dans la littérature, un facteur prédictif significatif de la qualité de vie, de la santé physique, de la santé psychologique, d'un meilleur environnement et de relation sociale des PA notamment pour les membres féminins de la famille des toxicomanes. (52) Stress et stigmatisation du PA sont des prédicteurs significatifs de la santé mentale des sujets ($p < 0,05$). (53)

D'autres résultats suggèrent que le fardeau des PA est prédictif d'une consommation de substances et plus précisément d'alcool chez les aidants d'une manière générale. (34)

B- Stratégies et interventions

En addictologie, la littérature est largement d'accord sur l'importance d'inclure les PA dans les programmes de traitement. (15) L'entourage peut être inclus dans le traitement de différentes manières. Des études au sujet des interventions pour les aidants ont été publiées mais on note une disparité géographique des recherches menées à ce sujet. Notre revue de la littérature comporte quelques études interventionnelles et nous permet de dresser un panorama des interventions existantes.

1- Stratégies d'adaptation des aidants

Le fardeau important auquel les aidants sont confrontés en addictologie en raison de leur rôle complexe et exigeant les obligent à utiliser différentes stratégies d'adaptation pour faire face à ce fardeau.

On remarque dans notre revue que Thein a identifié plusieurs stratégies d'adaptation courantes chez les aidants de personnes dépendantes. Ces dernières peuvent être classifiées en actives et passives. Dans son étude, la plupart des soignants ont utilisé l'adaptation active qui regroupe : l'acceptation de la situation, la recherche d'informations, la planification pour l'avenir, les stratégies d'adaptation financières ou l'engagement dans des activités religieuses. (55) En effet, les personnes et les familles touchées par la dépendance comptent parmi les

membres les plus résilients de la société (23). Cette apparente "tolérance" des aidants est plus fréquente dans les pays où la famille est valorisée et où la structure familiale est plus traditionnelle, comme en Asie où de nombreuses études ont été publiées. (16)

Les stratégies d'adaptation évitantes sont, elles, considérées comme stratégies passives. On retrouve le déni, le désengagement comportemental et la consommation d'alcool ou de drogue. (55)

Dans une étude de 2013 (exclue après analyse), très peu de participants (soit 3 sur 30) ont déclaré utiliser ces stratégies passives en se désengageant de la responsabilité et de la situation stressante en s'évadant ou s'éloignant pour trouver une nouvelle et meilleure vie pour eux et pour les autres membres de la famille. (16)

La multitude de méthodes d'adaptation reflète les difficultés dans lesquelles les membres de la famille se retrouvent. Les aidants expliquent les nombreuses sources de contraintes affectant leurs décisions.(16) Les deux principaux obstacles à l'adaptation active identifiés par les répondants sont la stigmatisation et le manque de soutien que nous avons décrit plus haut. (55)

Il est important de noter que les stratégies d'adaptation peuvent être positives ou négatives, en fonction de leur efficacité et de leur impact sur la santé mentale et physique des aidants.

2- Soutien informel et professionnel

Il est reconnu que les aidants informels sont un groupe qui nécessite un soutien important. Ainsi, offrir un soutien général non spécifique visant à aider en priorité le PA est considéré comme une première étape importante. (14) Ce soutien peut être informel mais aussi professionnel. (16)

Le soutien informel fait référence à l'aide que les aidants reçoivent de leur entourage (famille, amis, voisins) dans le cadre de leur rôle qui peut prendre de nombreuses formes. Il peut être très important pour eux car il aide à prévenir l'épuisement et le stress associé. Cependant les membres de la famille expriment souvent une réticence à parler du problème aux autres, estimant que les problèmes doivent être traités dans la famille.

Le soutien professionnel aux PA semble être aussi problématique que le soutien informel. Dans les pays où les services professionnels sont moins développés, les aidants critiquent parfois le traitement « brutal » que leurs proches reçoivent dans les institutions. Dans les pays où les services sont relativement bien développés, les professionnels sont souvent perçus par les aidants comme manquant de connaissances, de sensibilisation ou même de sympathie (32). De plus, les aidants peuvent se sentir privés d'informations (secret professionnel). Les institutions religieuses sont elles aussi perçues comme sources potentielles de soutien.

Une des études de notre revue prend l'initiative novatrice d'aborder les motivations et les facteurs qui influencent le soutien des soignants. La population, d'une étude parente, se compose de PA d'adolescents et de jeunes adultes atteints d'un TUS aux opioïdes. Après analyse des entretiens de l'étude, trois facteurs dynamiques d'influence des ressources et du soutien des soignants envers leur proche sont évidents : les compréhensions et les perceptions du TUS, les relations et le bilan émotionnel. (32)

La première influence sur le soutien des soignants concerne la compréhension de la dépendance et les attentes des soignants à l'égard des TUS pour établir des attentes cohérentes avec les compréhensions actuelles. Un élément clé de toute discussion avec les familles doit inclure la connaissance des traitements efficaces pour certains TUS et le cycle de rechute et de rétablissement. (23) Cela souligne la nécessité d'interventions éducatives qui fournissent aux soignants les connaissances, les compétences et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une prise de décision adaptative. L'étude indique que bénéficier de groupes de soutien peut offrir l'avantage supplémentaire de réduire les sentiments d'isolement et d'incertitude.

La deuxième influence concerne les relations des soignants avec leur proche afin de rétablir la confiance après qu'un PA ait vécu des épisodes de vol, de mensonge, de fugue et/ou d'arrestation, ce qui peut rendre plus difficile la fourniture de ressources.

La troisième influence correspond au bilan émotionnel de la prestation de soins. Il peut devenir si écrasant qu'il constitue un obstacle à la fourniture d'un soutien quel qu'il soit.

Cette analyse a démontré l'importance du soutien des soignants et des ressources familiales avec trois facteurs d'influence des ressources. Les interventions futures ciblant les soignants

peuvent bénéficier de la lutte directe de ces facteurs pour améliorer les résultats du traitement et réduire la prévalence des TUS. (32)

D'autres interventions psychosociales qui impliquent les aidants existent et ont été décrites dans notre revue. On peut les diviser en plusieurs catégories que nous détaillerons ci-dessous.

3- Interventions ciblant les proches aidants et les patients simultanément

Il existe plusieurs approches familiales pour le traitement comme les groupes d'éducation, les groupes multifamiliaux ou les séances de thérapie familiale. Ces interventions peuvent permettre aux PA de s'engager dans un traitement avec le patient souffrant de TUS. Ces séances se concentrent sur les stratégies pour arrêter ou réduire la consommation de substances, identifier les conséquences néfastes du TUS sur l'individu et la famille, sur la manière d'améliorer la motivation au changement, sur la communication familiale pour réduire les conflits, diminuer la violence mais aussi les moyens d'augmenter le renforcement positif ou d'identification et de gestion déclencheurs de rechute.

En effet, comprendre la physiopathologie de la dépendance peut aider les PA à devenir plus compréhensifs, patients et tolérants envers le patient. Un point important que les PA doivent comprendre est que même les personnes dépendantes qui sont motivées à changer peuvent être submergées par l'intensité d'un besoin déclenché par des souvenirs positifs ou des signaux environnementaux. Cela peut également aider certaines familles à comprendre l'importance du traitement médicamenteux pour la dépendance aux opioïdes ou à l'alcool afin de réduire l'intensité des envies d'opioïdes ou d'alcool. (23)

a- Les TTC

Ces interventions regroupent notamment des techniques d'éducation cognitive, à l'intention des PA ou des patients atteints de TUS, appelée thérapie cognitivo-comportementale (TCC). De nombreuses preuves soutiennent l'efficacité d'une telle intervention dans un vaste domaine de troubles mentaux. Par conséquent, certaines interventions doivent être menées dans la famille pour rendre l'expérience de vie plus satisfaisante à la fois pour les personnes toxicomanes et leurs familles. (47)

Les résultats de plusieurs études montrent que ces approches entraînent des améliorations pour le membre atteint du TUS et pour les autres membres de la famille. (36,56) Par exemple, l'étude de Faghhi est une étude interventionnelle auprès des PA qui permet de constater que la TTC peut conduire à une réduction du fardeau des soignants des toxicomanes. Ces résultats indiquent qu'il est important d'encourager les soignants à établir des programmes éducatifs tels que la TCC pour maintenir et améliorer la santé mentale des aidants.

b- 1^{er} exemple d'intervention ciblant les patients et les PA dans notre revue

Smith analyse dans sa revue de la littérature des études interventionnelles où il évoque la thérapie familiale souvent utilisée dans les programmes de traitement des adolescents pour traiter et atténuer certains des comportements problématiques. Les interventions comportementales aident les adolescents à participer activement à leur rétablissement en leur apprenant à anticiper les problèmes et en aidant les participants à développer des stratégies d'adaptation efficaces. La thérapie d'amélioration de la motivation aident les adolescents à résoudre leur ambivalence quant à la participation au traitement et améliore leur capacité à résister à la consommation de drogues. (56) Malgré des preuves fiables de ces approches de thérapies familiales, aucun des modèles n'a été testé dans les milieux de pratique en raison des coûts excessifs de formation et de matériel, dans les services de toxicomanie et de santé mentale financés par l'État.

c- 2^{ème} exemple d'intervention ciblant les patients et les PA dans notre revue

Une autre des études interventionnelles de notre revue a pour objectif d'analyser la santé mentale et les relations familiales après une intervention ciblant simultanément un patient et un PA. L'objectif est de démontrer que les deux parties bénéficiaires de l'intervention, avec des trajectoires éventuellement différentes, pourraient obtenir une amélioration du bien-être. (36)

Au sein de l'étude, Li réalise pour le groupe intervention, par groupes de dix participants, des interventions comportant des activités interactives telles que des jeux, des échanges en

binôme, des discussions et des jeux de rôle séparément pour les aidants et les patients. Pour les aidants, on retrouve des apprentissages à surmonter les défis familiaux, à gérer les émotions négatives, à développer des capacités d'adaptation, à faire face à la stigmatisation et à s'intégrer dans les communautés, à gérer le fardeau des soignants et l'apport d'un soutien. Pour les patients, il s'agit d'établir des objectifs réalistes et des changements de comportement positifs. Les participants au groupe de soins standard ont reçu des services d'éducation et de conseil en matière de santé de routine.

Les outils de mesure utilisés sont l'ASI, l'échelle d'autoévaluation de la dépression de Zung ainsi que le FSF.

Concernant les résultats, Li n'observe aucune différence significative entre l'âge, l'état matrimonial au sein des usagers ou des membres de la famille mais remarque une différence significative pour l'emploi ($p < 0,0001$), les années d'études ($p = 0,015$) et les niveaux de ressources ($p = 0,026$) entre les patients et les aidants avant l'intervention comme le confirme majoritairement l'analyse des caractéristiques socio-démographiques des autres études de notre revue. Les niveaux de symptômes dépressifs entre les usagers et les groupes de membres de la famille étaient comparables.

Dans l'ensemble, des effets significatifs de l'intervention sur les symptômes dépressifs et les relations familiales ont été observés à la fois pour les patients et les PA. Li a constaté que les symptômes dépressifs signalés par les patients et les membres de leur famille étaient corrélés positivement ($p = 0,04$).

Pour les patients, la réduction des symptômes dépressifs dans le groupe d'intervention était significativement supérieure à celle du groupe de soins standard à trois et six mois ($p < 0,0001$). Pour les membres de la famille, la réduction des symptômes dépressifs pour le groupe d'intervention était supérieure à celle du groupe de soins standard mais uniquement à six mois ($p = 0,0001$) et non à trois mois.

Les résultats ont indiqué que les relations familiales rapportées par les patients étaient positivement corrélées avec celles rapportées par les membres de la famille ($p = 0,0009$).

Un effet global significatif de l'intervention sur les relations familiales a été observé avec une amélioration significativement plus importante des relations familiales que ceux du groupe de soins standard lors de l'évaluation de suivi ($p < 0,0001$).

Le résultat positif de cette étude pourrait résulter de l'approche consistant à impliquer simultanément les patients et les PA. C'est particulièrement vrai au Vietnam où Li a publié cette étude et dans les pays asiatiques, où les familles sont généralement soudées.

4- Interventions dont le but est d'encourager les patients avec TUS à s'engager dans un traitement

Certaines interventions se concentrent sur la communication et l'encouragement des familles à changer leur façon d'interagir avec leur proche. C'est une stratégie pour influencer l'engagement dans le traitement. Parmi ces interventions, la plus décrite dans la littérature est le Community Reinforcement And Family Training (CRAFT).

a- CRAFT

Le CRAFT, proposé en 1986 par Sisson et Azrin, représente une alternative aux méthodes de traitements et d'interventions conventionnelles visant à former les PA à s'impliquer dans le choix du traitement des patients résistants souffrant d'un TUS. Il a démontré son efficacité pour augmenter le taux d'entrée des consommateurs en traitement. Deux études de notre revue évoquent cette technique d'intervention. (19,59)

L'objectif du programme pour les PA est d'apprendre à communiquer et à interagir de manière plus positive avec le patient réfractaire, en développant de nouveaux plans de communication pour l'encourager à entrer dans un traitement formel. Selon le CRAFT, les aidants ont un pouvoir d'influence sur les patients et le programme met l'accent sur l'autonomisation des PA en leur fournissant des connaissances essentielles et en favorisant la formation professionnelle. Cela permet aux aidants d'améliorer leur bien-être mental et physique, les aidant ainsi à surmonter les conséquences néfastes de la dépendance et à accroître leur estime de soi. (19)

Le programme CRAFT couvre par exemple les thèmes suivants :

1. Formation à la reconnaissance des signes précoces de violence domestique avec élaboration d'un plan de sécurité.
2. Analyse des déclencheurs du problème d'alcool et des conséquences positives et négatives de celui-ci.
3. Formation en communication efficace avec le patient.
4. Formation au renforcement positif : apprendre à renforcer un comportement propre et sobre en utilisant de petites récompenses.
5. Entraîner le retrait du renforcement lors des épisodes de consommation d'alcool.
6. Aider à identifier les domaines d'insatisfaction de vie de l'aidant.
7. Formation aux méthodes sur comment et quand suggérer un traitement à un patient. (14)

Jusqu'à présent dans la littérature, le CRAFT est la seule de ces méthodes avec des preuves d'augmentation du taux d'entrée en traitement des patients dépendants. (19) Une dizaine d'essais cliniques randomisés ou contrôlés sur le CRAFT ont été menés auprès de PA d'usagers souffrant de TUS. Le CRAFT est aussi efficace pour les PA pour amener la personne en traitement et pour améliorer la qualité de vie du PA et leur relation mais cet objectif des études est souvent secondaire.

Une étude exclue après analyse dans notre revue, car seulement limitée à un protocole de recherche, a eu pour but d'évaluer si le CRAFT était efficace pour les patients souffrant d'un TUS à rechercher un traitement et connaître laquelle des trois interventions (individuelle, de groupe ou CRAFT autodirigée avec un livre d'auto-assistance uniquement) est la plus efficace. (14)

Cette étude soumet les risques potentiels du CRAFT qui peuvent conduire à une tension accrue dans le cadre familial avec l'avènement de nouvelles stratégies de communication et à de nouvelles manières d'agir vis-à-vis du patient. La violence domestique étant plus fréquente dans les familles avec un TUS : on peut s'attendre à un risque accru. Il est donc très important d'aborder le risque de violence domestique en thérapie.

5- Interventions conçues pour les aidants uniquement

D'autres interventions reconnaissent que les aidants ont des besoins et des préoccupations différents de ceux de leur proche dépendant. Elles répondent alors aux besoins des aidants à part entière et abordent leurs propres préoccupations sans que le proche ne participe aux séances. (19,23,56) Ces interventions sont fréquemment réalisées par le biais d'associations ou de groupes d'aidants.

a- Al-Anon, Nar-Anon, Alateen

Traditionnellement, les programmes issus des Alcooliques Anonymes (Al-Anon, Nar-Anon, Alateen) sont conçus spécifiquement pour aider les soignants informels de différentes manières. Trois de nos études abordent le sujet. (19,23,56) Ces approches familiales aident les membres à améliorer leurs capacités d'adaptation et à faire face au TUS de leur proche en modifiant leurs propres comportements et réactions émotionnelles. Même si le membre de la famille avec le TUS refuse l'aide et ne s'engage pas dans le traitement, d'autres membres de la famille peuvent toujours bénéficier du traitement. Certaines approches familiales proposent des séances individuelles pour ces membres de la famille. (16)

Les groupes Al-Anon (Alcooliques anonymes), Nar-Anon (Narcotiques anonymes) ou encore Alateen (Alcooliques adolescents), sont des organisations de soutien pour les proches de personnes atteintes d'un TUS et non pour les usagers directement. Ces interventions qui peuvent être utilisées indépendamment du traitement ou résulter de l'encouragement d'un professionnel, consistent à s'engager dans un programme de soutien mutuel (MSP). Bien que ces programmes soient disponibles dans le monde entier, certains MSP familiaux sont spécifiques aux communautés locales.

Ces MSP utilisent une philosophie similaire tirée du programme des Alcooliques Anonymes qui s'est propagé rapidement, aidant des familles dans le monde entier. (56) Leurs objectifs sont de fournir un espace de soutien pour PA de personnes ayant un TUS en offrant des réunions pour les membres afin qu'ils puissent partager leurs expériences, leurs

forces et leurs espoirs, et se soutenir mutuellement. Les objectifs incluent également l'éducation sur la maladie, l'aide à surmonter les conséquences négatives de la maladie sur la vie des membres, la promotion de la santé mentale et émotionnelle des membres, ainsi que l'amélioration de la communication et des relations interpersonnelles. (60)

Les MSP peuvent aider les familles à se renseigner sur les TUS et sur l'impact qu'elles ont sur la personne affectée, le système familial et les membres individuels de la famille. Ils reçoivent du soutien et des conseils d'autres personnes qui ont appris à faire face au TUS dans leur famille. Ils apprennent ce qu'est le rétablissement et comment prendre des mesures pour gérer leur propre vie. (23)

Ces groupes demandent aux PA d'accepter d'utiliser des stratégies d'adaptations passives et, par conséquent, enseignent aux aidants à se détacher des patients et à résister à tout effort visant à influencer le comportement du patient.

b- Intervention de l'Institut Johnson

D'autres interventions comme celle de l'Institut Johnson promeuvent un rôle actif des aidants. (19) L'Intervention de l'Institut Johnson est une méthode structurée d'intervention pour les personnes souffrant de TUS développée dans les années 1960 aux USA.

L'objectif est de rassembler les PA de la personne souffrant du TUS ainsi que les professionnels de la santé pour discuter de la situation de la personne et de l'impact que sa dépendance a sur leur vie et sur celle de la personne elle-même.

L'intervention de l'Institut Johnson utilise une approche confrontante dans le but d'accepter le traitement grâce à de nouvelles connaissances sur l'impact négatif du comportement lié à la substance. Si la personne refuse, l'intervention peut aider les membres de la famille à mieux comprendre la situation et à prendre des mesures pour prendre soin d'eux-mêmes. Cette tentative d'inclure l'utilisateur dans un traitement présente quelques similitudes avec le CRAFT.

c- Learn to Cope

D'autres associations existent pour les PA pour faire face au TUS de leur proche.

En 2017, Kelly étudie d'une manière transversale, à la fois quantitative et qualitative, l'impact d'une association sur les PA de patients souffrant de trouble de l'usage aux opioïdes (TUO). (24) Ce groupe de soutien dirigé par des pairs pour les PA qui ont un proche souffrant de TUS est Learn to Cope (LTC), un réseau de soutien gratuit, à but non lucratif. L'étude s'empare de trois questions clés : Qui participe, à quelle fréquence et de quelle manière ? Quels sont les antécédents démographiques et cliniques de leurs proches toxicomanes ? Quels sont les avantages pour les participants ?

Les interventions de LTC sont des réunions hebdomadaires de groupe de 90 minutes pour les PA. Elles permettent aux PA d'accéder à l'éducation, à des ressources et du soutien nécessaires pour aider à faire face à la dépendance de leur proche en partageant des expériences personnelles utiles. Il existe en plus une contribution professionnelle (cliniciens, chercheurs, autres professionnels de l'addiction) mensuelle sous forme de conférences.

L'étude est réalisée après un sondage auprès des membres de LTC lors de réunions. Le sondage aborde avec des questions qualitatives les cinq choses utiles et inutiles des TLC, une formation sur la prévention des surdoses d'opioïdes, et l'évaluation subjective des réunions (utilité, compréhension, avantages, etc).

Les résultats de cette étude mettent en avant les avantages de la participation des PA qui comprennent des gains dans la compréhension et la gestion de la dépendance, le sentiment d'être mieux en mesure d'aider et de communiquer avec son proche et la réduction de la culpabilité et du stress. Ces avantages psychologiques et émotionnels sont peut-être ce que l'on pourrait attendre de la participation à une organisation d'entraide.

Qualitativement, la transmission d'informations est le facteur thérapeutique le plus fréquemment rapporté par les PA avec le sentiment « d'universalité » c'est-à-dire le sentiment d'appartenance, de souffrance partagée et d'objectif commun. Les principales informations que les PA ont été satisfaits de recevoir abordent l'utilisation du Narcan, la maladie de la dépendance, le cycle de la guérison, les types de traitements et médicaments pour les TUO. Les membres semblent apprécier les informations techniques disponibles lors des réunions, mais aussi les services professionnels qui permettent des séances de questions et réponses

avec des experts en toxicomanie et les vastes expériences parmi les membres dans les relations avec les établissements de traitement.

Une des forces importantes de l'étude a été son taux de participation très élevé (95% des cinq cent neuf inclus). Cependant, le lieu d'inclusion était restreint à une région des États-Unis. En effet, on voit dans cette étude que la disponibilité croissante des LTC peut fournir une source de soutien et d'information nécessaire aux membres de la famille des proches dépendants aux opioïdes. Ces interventions peuvent être réalisées pour tous les TUS.

Toutes ces interventions de types associatifs permettent une information et une compréhension des troubles de l'usage aux aidants. De nombreuses autres associations se créent à travers le monde.

d- Comparaison des groupes d'aidants

Une étude de notre revue étudie l'efficacité du CRAFT comparée à des groupes associatifs tels que Al-Anon/Nar-Anon ou l'Institute Johnson. À la connaissance des auteurs et parmi la littérature, c'est la seule étude qui présente cet objectif de comparaison d'intervention. (19)

Les résultats de cette étude démontrent que le CRAFT a encouragé environ les deux tiers des patients résistants au traitement à suivre un traitement, généralement après quatre à six séances de CRAFT. Par conséquent, conformément au système de notation à quatre niveaux, il existe des preuves solides (niveau 1) que le CRAFT est supérieur à Al-Anon/Nar-Anon pour encourager les patients à suivre un traitement. Des preuves limitées (niveau 3) existent pour dire que le CRAFT est plus efficace que l'intervention de l'Institut Johnson.

Concernant l'amélioration du fardeau, toutes les interventions ont entraîné une amélioration du fardeau des aidants dans la fenêtre de traitement de six mois. Lors de la participation au CRAFT, il y a eu des améliorations globales des aidants et des améliorations statistiquement significatives ont été signalées en termes de dépression, de colère, de cohésion familiale, de bonheur relationnel et par rapport aux conflits familiaux. Malgré les taux d'engagement relativement faibles de l'intervention de l'Institut Johnson et

d'Al-Anon/Nar-Anon par rapport au CRAFT, ces aidants ont aussi produit une amélioration globalement similaire.

D'autres études sont nécessaires avec un groupe sans traitement pour exclure si ces changements se produiraient en l'absence de traitement dans tous les cas.

e- Autres interventions ciblant uniquement les aidants

Pour cette dernière catégorie d'interventions, certaines études évaluent l'évolution de la charge familiale et de la qualité de vie des soignants des personnes atteintes d'un TUS, à la suite d'une intervention de travail de groupe social, c'est-à-dire une intervention uniquement à viser des aidants et non des patients. (40) L'intervention d'un groupe de travail social de cinq à dix membres de la famille consiste en cinq séances d'une heure avec communication d'informations dans le domaine de : l'alcoolisme comme maladie, de la codépendance, du fardeau pour la famille et recours, du rôle de la famille dans la désintoxication, de la gestion des urgences/crises et de l'importance des médicaments et des suivis.

La présente étude a démontré qu'il existe une amélioration de la qualité de vie des soignants immédiatement après la première session d'intervention maintenue jusqu'au dernier suivi. Cette étude démontre qu'il est possible d'améliorer la qualité de vie des soignants avec une intervention de travail d'un groupe social accompagné d'un traitement pharmacologique régulier. L'intervention aux soignants aide à réduire le stress et le fardeau des soignants causés par les comportements des patients et améliore leur qualité de vie. (40)

Li a réalisé une autre étude interventionnelle en 2020 avec la même population que la première étude analysée plus haut avec deux groupes : un groupe contrôle (300 aidants), un groupe interventionnel (300 aidants). (18) Contrairement à l'étude de 2014, les aidants et les patients atteints de TUS bénéficiaient de l'intervention cette fois-ci. (36)

Pour le groupe interventionnel, la première étape a été de former théoriquement des professionnels sur les théories de base du changement de comportement et les compétences nécessaires pour communiquer efficacement avec les patients et les membres de leur famille. Les séances d'interventions ont ensuite été dispensées aux PA et aux patients. À savoir qu'aucune différence significative entre les deux groupes était notable.

Les résultats de cette étude indiquent que la stratégie d'intervention par des agents formés, axée sur l'interaction et le soutien familial, a le potentiel d'améliorer le fonctionnement familial des PA touchés par la consommation de drogues et faire face aux défis psychosociaux (amélioration significative à six et douze mois).

En plus de cibler directement les patients et leurs proches, cette approche a adopté une méthode de renforcement des capacités des professionnels de santé communautaires locaux dans la mise en place de courtes interventions comportementales visant à améliorer le bien-être des familles touchées par la consommation. Avec une formation adéquate, les prestataires de santé pourraient impliquer davantage les PA et améliorer les relations familiales. Cependant, pour atténuer le stress mental des membres de la famille, il faudrait déployer un effort plus intensif et plus concentré.

6- Perspectives et émergences de nouvelles interventions

L'absence de programmes structurés, évalués et validés destinés aux proches, ainsi que le nombre limité d'études démontrant l'efficacité de l'implication des entourages dans le parcours de soins des sujets souffrant d'addiction, ont contribué à limiter l'implication des proches par les professionnels de santé...

Les dernières études plus récentes de notre revue abordent des programmes interventionnels quelque peu différents des programmes évoqués plus haut. Ces études analysées dans notre revue pourraient faire prendre un tournant dans la recherche à ce sujet.

Une des études analysées présente le programme Étape (Éducation Thérapeutique Addiction Patient Entourage) qui est un programme éducatif et thérapeutique créé pour les entourages des usagers et patients souffrant d'addiction. Aucun critère n'est limitatif des types d'usage : mono ou poly-addictions avec ou sans produit, quelles que soient les modalités de cet usage, en cours de traitement ou non.

Cette étude publiée en France est la première étude interventionnelle de notre revue qui prend en compte les patients souffrant d'addiction sans produit. (30)
L'efficacité de l'impact du programme sur les PA s'est appuyée sur les guides d'évaluation de

l'éducation thérapeutique de la haute autorité de santé (HAS). Cette évaluation est réalisée à l'aide de questionnaires courts mesurant la qualité de vie, la souffrance psychologique de façon générale, l'intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive ainsi que le sentiment de compétence perçu à soutenir l'utilisateur.

Il vise à réduire la souffrance et l'impuissance des entourages, à améliorer leur état de santé, à augmenter leur compétence à aider l'utilisateur à changer de comportement et à se faire soigner, à acquérir des stratégies pour restaurer une communication apaisée, et à améliorer leur qualité de vie.

L'évaluation du programme a montré, qu'en seulement neuf ateliers collectifs réalisés sur six mois, l'impact a été significatif et durable en termes d'amélioration de la souffrance psychologique et de la qualité de vie. Les proches ont également exprimé une demande pour des ateliers supplémentaires axés sur la relation, la communication, les compétences sur le plan psychosocial et sur le plan des connaissances théoriques concernant la pathologie addictive. De plus, les actions entreprises par les proches peuvent mobiliser indirectement le patient, améliorer son état de santé en optimisant son traitement et en limitant les conduites addictives, et renforcer son niveau d'autodétermination dans la motivation à agir sur ses addictions.

Les auteurs notent toutefois une limite de leur étude : l'absence de comparaison avec d'autres modes d'accompagnement des proches alors que cette comparaison apparaît majeure pour pouvoir confirmer l'imputabilité des améliorations observées après le programme ETAPE.

Cette étude amorce une réelle prise en compte de la souffrance et des besoins des entourages en France et l'importance de l'acquisition de compétences sur le plan de la relation et de la communication parmi les stratégies thérapeutiques des addictions.

Une autre étude récemment publiée en Italie s'appuie sur les nouvelles technologies. (29) Dans certaines situations, l'aidant n'a pas les ressources pour être soutenu ou est incapable de chercher de l'aide par lui-même. Dans ces cas, les technologies numériques peuvent fournir un moyen facilement accessible et disponible d'accéder à un soutien psychologique ou médical. La santé mobile, telle que définie par l'OMS, est : "une pratique médicale et de santé publique prise en charge par des appareils mobiles, tels que des

téléphones portables, des appareils de surveillance des patients, des assistants numériques personnels et d'autres appareils sans fil".

Au cours des dernières années, en partie à cause des conditions causées par le COVID-19 et compte tenu de l'augmentation de l'utilisation des smartphones, le nombre d'applications dédiées à la santé psychologique a augmenté. Certaines d'entre elles sont dédiées aux personnes ayant des problèmes d'addiction, aucune n'est dédiée aux aidants. Cependant, ces applications pourraient constituer un mécanisme efficace pour soutenir les soignants. L'objectif de cette étude est alors de développer et tester une nouvelle application pour les PA.

Des réunions de groupe mensuelles ont été dispensées abordant plusieurs sujets pour recueillir des informations utiles à la conception et à structuration de l'application. Quatre thèmes clés ont été identifiés :

- informations théoriques sur la dépendance
- une section soins personnels qui porte sur la santé du PA et la nécessité de prendre soin de soi avec une surveillance quotidienne de la perception de l'état de santé
- une section « comment : réduire le stress » qui présente des jeux et des activités visant à réduire le niveau de stress avec différentes techniques
- une section discussion : élément clé de l'application qui a favorisé l'utilisation de l'application et a fourni aux utilisateurs un soutien concret de la part de ceux qui ont partagé la même expérience. Néanmoins, le groupe a changé d'avis craignant que le chat ne devienne trop confus et difficile à gérer avec des « dangers » et difficultés liés la complexité des communications.

Pour évaluer l'utilisabilité de l'application un test d'utilisabilité a été réalisé. Dans l'ensemble, les résultats suggéraient que le prototype initial était prometteur avec une bonne interface, facile à utiliser et satisfaisait les utilisateurs. C'est une première tentative de développement d'une application spécifiquement dédiée aux aidants de personnes ayant des problèmes de dépendance.

Bien que l'étude ait utilisé une approche de conception et d'intervention centrée sur l'utilisateur, des suggestions supplémentaires futures ont émergé des groupes de discussion. Ces suggestions sont par exemple : la section de chat, l'aide en cas de violence, le bouton

"aide" directement relié au commissariat, des recommandations d'exercices spécifiques, d'activités ou de jeux en fonction du profil, la prise de rendez-vous avec un professionnel, le bouton de panique si stress très élevé ou état d'agitation et l'enregistrement de certaines réponses physiologiques pour obtenir des mesures objectives qui sont utilisées pour évaluer le stress.

Les applications mobiles de santé peuvent être une solution pour aider les PA à prendre soin de leurs proches mais aussi d'eux-mêmes cependant elles doivent rester une approche complémentaire aux thérapeutiques classiques. En aucun cas, elles ne peuvent se substituer aux prises en charge des différentes addictions.

En ce sens, des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer plus précisément leur efficacité. Il serait utile de concevoir des études qui impliquent non seulement les utilisateurs mais aussi les professionnels de la santé. Les applications développées par des institutions de santé seraient à privilégier, en particulier parce qu'elles impliquent des professionnels de santé.

Par ailleurs, ces applications soulèvent certains problèmes éthiques, notamment concernant la protection des libertés individuelles, ainsi que le risque de transmission et d'utilisation d'informations médicales personnelles. Une réflexion à l'échelle européenne est actuellement menée sur la sécurité des applications mobiles dédiées à la santé. (29)

C- Synthèse de l'accompagnement de l'aidant

Les études analysées dans cette revue regroupent tous types d'études, dans différents pays sans caractère limitant pour la substance étudiée. La majorité des études sont néanmoins des études transversales, réalisées pour la plupart sur le continent asiatique.

La recherche dans ce domaine s'accorde, tout comme notre analyse des études, pour dire que le fardeau est bel est bien présent pour la communauté d'aidants de patients dépendants souffrant d'un TUS.

Les facteurs prédictifs d'un fardeau élevé diffèrent suivant la population étudiée mais les principaux facteurs retrouvés sont le sexe féminin et le rôle de mère ou d'épouse. Le fait de ne pas avoir d'emploi à temps plein, un faible niveau d'éducation (pour le soignant ou le

patient) et de faibles ressources sont aussi prédicteurs d'un fardeau augmenté. La nature de la substance utilisée, la méthode d'administration, la gravité et la durée du TUS sont aussi retrouvés comme facteurs prédictifs d'un fardeau important. Les outils de mesure du fardeau (objectif et subjectif) des PA sont divers et variés mais aucun n'est spécifique au fardeau de la maladie addictive et la prise en charge qui s'en suit n'est pas adaptée.

Le dépistage et la prise en charge du fardeau apparaissent essentiels pour améliorer la qualité de vie de la personne en difficulté, ainsi que celle de l'aidant, tout en favorisant de meilleurs résultats de traitement.

En effet, la plupart des études retrouvées sont des études transversales descriptives qui fournissent un aperçu des informations sur le fardeau et de ses difficultés, difficultés que les professionnels en addictologie ont déjà objectivées depuis plusieurs décennies...

Les interventions étudiées dans les études interventionnelles, minoritaires dans la littérature, sont pour la plupart des interventions déjà existantes qui n'ont pas porté leurs fruits et n'ont pas rendu satisfaits les PA de patients souffrants de TUS. Fréquemment, elles ne se rapportent pas directement à la santé ou aux moyens d'adaptation des membres de la famille ou encore à la qualité des relations familiales. (16)

La plus grande limite de la plupart de ces interventions existantes réside dans leur caractère spécialisé qui rend difficilement généralisables les résultats. Elles ont presque toutes été menées dans un petit nombre de centres de recherche avec de petites populations et les prestataires de ces interventions ont presque toujours été des spécialistes du traitement des problèmes d'addiction. Étant donné que la très grande majorité des dizaines de millions d'aidants dans le monde n'ont pas accès à des services spécialisés, il est peu probable que ces interventions soient utiles pour traiter les aspects pratiques d'aide aux PA à plus grande échelle et dans une variété de contextes socioculturels.

En effet, il est incertain qu'un seul type de prise en charge suffise à répondre aux besoins de tous les PA dans divers pays. Il est important de noter que toutes les interventions ne conviennent pas à tous les aidants. Le choix de l'intervention dépendra des besoins individuels de l'aidant, de la situation de la personne dépendante et de la disponibilité des ressources locales.

1- Importance de l'aide aux PA en addictologie

Les aidants sont souvent confrontés à des situations très difficiles et stressantes car ils sont chargés d'apporter un soutien à des personnes en difficulté avec des problèmes de dépendance.

La recherche suggère que l'entourage joue un rôle central dans le bien-être de leurs proches atteints de TSU, en fournissant une grande quantité de soins directs, d'aide financière et de soutien émotionnel. Il offre également un soutien dans la gestion des symptômes de la maladie, l'engagement et la rétention du traitement et le fonctionnement général. (37) L'importance d'impliquer les familles dans le traitement des patients souffrant d'un TSU est reconnue dans la littérature. (12) Traiter l'individu sans implication de la famille peut limiter l'efficacité du traitement pour deux raisons principales. C'est ignorer l'impact dévastateur des TSU sur le système familial en laissant les membres de la famille sans traitement et ne pas reconnaître la famille comme un système potentiel de soutien au changement. (59)

En apportant notre aide aux PA, nous pouvons les aider à mieux comprendre les comportements et les problèmes de la personne qu'ils soutiennent et à développer des compétences pour gérer les situations difficiles qui peuvent survenir. Cela permet d'améliorer la qualité de vie de la personne en difficulté, ainsi que celle de l'aidant. Aider les PA en addictologie c'est également contribuer à améliorer les résultats du traitement de la personne en difficulté, en favorisant une meilleure communication et une compréhension mutuelle entre l'aidant et la personne qu'il soutient.

Le rôle d'aidant est souvent exigeant et coûteux. Les responsabilités étendues de la prestation de soins, combinées à la symptomatologie à multiples facettes d'un bénéficiaire de soins, peuvent imposer beaucoup de stress et de fardeau psychologique aux familles. (37)

Bien que les membres de la famille entrent dans des programmes de traitement et/ou de soutien mutuel initialement pour aider leur proche, ils découvrent souvent qu'ils ont besoin d'un soutien émotionnel et d'aide pour faire face à l'impact du TUS sur leurs comportements et leur santé. (23) Néanmoins, les besoins des PA eux-mêmes n'ont pas été systématiquement pris en compte par le système de traitement de la toxicomanie. De nombreuses études et rapports ont documenté l'importance de dépister le lourd fardeau que représente le rôle

d'aidant et de prendre en charge ces derniers mais aussi de les former à mieux prendre en charge à leur tour leur proche atteint de TSU.

Jusqu'à ces dernières années, ces entourages étaient plutôt mis à l'écart des soins, soit parce qu'ils étaient identifiés comme responsables des troubles addictifs de leurs proches, soit parce qu'on leur opposait un problème de confidentialité ou de manque de temps pour les recevoir. (30)

En dépit du fait que le thème des aidants soit de mieux en mieux connu dans la société française, leur rôle reste largement perçu comme insuffisamment valorisé par les pouvoirs publics. Ce constat est d'ailleurs partagé tant par les aidants que les non-aidants, alors que différentes avancées législatives ont eu lieu ces dernières années. En 2022, neuf aidants sur dix estiment que le rôle d'aidant n'est pas assez valorisé par les pouvoirs publics alors que les Français sont plus sensibilisés au sujet.

Les attentes des aidants perdurent également : la plupart d'entre eux souhaitent toujours voir une meilleure coordination entre les acteurs, une facilitation du maintien à domicile et une aide financière ou matérielle. (61)

Une étude publiée en 2021 intervient pendant la crise COVID et suite aux changements récents dans la politique de traitement et de soins, il est devenu plus difficile pour ces patients d'accéder au traitement. Dans de telles circonstances, les soins et le traitement de ces patients doivent être assurés par leurs soignants à domicile. À ce stade, la détermination de la charge de soins des membres de la famille devient plus importante. (13)

Les soignants s'inquiètent de questions telles que le manque d'accès rapide au traitement lorsque leur proche reconnaît qu'il a besoin d'aide et d'un soutien professionnel limité en matière de soins de longue durée après les programmes de réadaptation, ainsi que le manque de services lorsque leur proche reçoit un traitement, nie avoir un problème ou refuse le traitement. (20)

2- Comment les aider ?

Aidants comme non-aidants pointent un manque d'intégration de la question des aidants dans les différentes sphères de la société, qu'il s'agisse de la santé, de l'éducation ou

du travail. La majorité des aidants (mais également des non-aidants) considèrent que la sensibilisation des aidants ne devrait pas être l'apanage d'une catégorie de professionnels en particulier, mais qu'elle devrait concerner « chacun d'entre nous ». (61)

En plus de sensibiliser la société à ce rôle d'aidant, davantage dans le domaine de l'addictologie, il est important de les sensibiliser les PA eux-mêmes à demander de l'aide. (35)

50 % des soignants évoquant le manque de soutien n'espèrent aucun soutien des structures publiques ou de même de leur entourage parce qu'ils pensent que ce n'est pas la responsabilité du public d'aider et que c'est une honte d'en parler ouvertement. (55)

Lander propose dans son article quelques mesures spécifiques utiles que les travailleurs sociaux peuvent utiliser lorsqu'un TSU est suspecté ou identifié : (59)

1. Évaluer et informer sur le TSU, le traitement, le rétablissement et la rechute.
2. Explorer l'impact du TUS sur le patient et son PA.
3. Connaître la structure de la famille (famille recomposée, famille monoparentale) et son stade de développement (famille avec adolescents, famille vieillissante).
4. Fournir des références de traitement pour l'entourage : thérapie familiale, de couple, par le jeu, formations des parents, services psychiatriques.
5. Se coordonner avec les systèmes scolaires, juridiques et sociaux si nécessaire
6. Éduquer les patientes atteintes de TUS sur la prévention de la grossesse et les risques d'exposition aux médicaments pour le fœtus.
7. Informer sur les groupes d'aidants et groupes de soutien mutuel.
8. Repérer les violences physiques ou domestiques.

En théorie, ces mesures peuvent évidemment permettre un allègement du fardeau pour les aidants en leur donnant les clés en main pour prendre soin d'eux et de leur proche mais aucune de ces mesures n'est véritablement appliquée et intégrée dans un programme de traitement visant à améliorer l'efficacité des traitements et diminuer le risque de rechutes. Ces mesures sont seulement factuelles.

Thein réalise lui, d'autres suggestions qui pourraient être mises en place à l'échelle d'un pays notamment par des politiques visant à réduire le fardeau des soignants suite à son étude.

De son point de vue, les dépenses de santé mentale doivent être augmentées pour améliorer les services de traitement et de réadaptation et ainsi alléger le fardeau financier des soignants. Par exemple, dans son étude publiée en Birmanie moins d'un pourcent des dépenses publiques de santé sont consacrées à la santé mentale. Il serait urgent de passer d'une approche punitive à une approche de réduction des risques axée sur la santé afin de réduire aussi la stigmatisation et l'exclusion sociale des usagers souffrant d'un TSU.

Des interventions telles que des campagnes d'éducation ciblées visant à réduire la stigmatisation associée au TUS doivent être prioritaires pour faciliter les approches de réduction des risques. Des efforts d'éducation à la santé publique pourraient être renforcés pour accroître la compréhension de la société. (55)

Une étude analysée dans notre revue aborde l'impact de l'épidémie d'opioïdes sur les familles et les enfants, ainsi que des idées supplémentaires sur les politiques d'aide aux familles et aux enfants. Ces idées sont également pertinentes pour d'autres TUS. (23)

1. *Soutien à la famille élargie et pas seulement à la famille nucléaire* : Les préoccupations, problèmes et besoins doivent être entendus, compris et acceptés par toute personne impliquée vivant ou non avec le patient.

2. *L'importance d'une approche familiale* : Même si un professionnel ne voit jamais une famille en raison de la nature des services offerts, les services peuvent aborder l'impact des TUS sur la famille ce qui peut aider le patient à avoir une meilleure compréhension de la nature familiale.

3. *Éducation et soutien de la famille* : Les programmes d'éducation et de soutien à la famille devraient être intégrés dans les organisations ou les programmes offrant des services de traitement et de soutien au rétablissement du TUS. L'éducation familiale peut inclure des informations théoriques sur la maladie et ses conséquences.

4. *Services de conseil* : Des services de conseils devraient être offerts aux familles et aux membres individuels, pour les aider à faire face à l'impact du TUS sur la vie familiale et sur la santé et le fonctionnement des membres individuels.

5. *Éducation* : Une éducation et des liens avec les programmes de soutien mutuel familial fondés sur les pairs devraient être fournis.

6. *Bénévoles* : Pour aider les autres familles qui découvrent le processus.

7. *Services de deuil* : Des services devraient être offerts pour aider les familles à partager leurs histoires et à faire face à la perte d'un être cher à la suite d'un trouble de l'usage des substances.

Idéalement, ces interventions aux PA devraient faire partie de programmes plus larges de développement communautaire et national et s'attaquer aux causes et difficultés sociales et économiques qui accompagnent souvent les problèmes de dépendance. Plus de ressources et un accès plus facile à l'aide sont nécessaires pour les entourages touchés par la dépendance d'un proche.

La littérature de notre revue est unanime à propos du soutien qui devrait augmenter principalement grâce des mesures mises en œuvre pour diminuer la stigmatisation des patients souffrant d'un TUS et de leur PA auprès de notre société. Les options disponibles pour les soignants informels, les méthodes de recherche d'aide, l'accès aux services et les informations factuelles pour les aider devraient être augmentées et facilement disponibles y compris en ligne.

Les connaissances apportées aux PA au sujet de la dépendance, de sa physiopathologie, de son cycle, des symptômes, des traitements disponibles devraient être spontanément proposées, que les patients souffrant d'un TUS entrent en traitement ou non. La prise en charge en aparté des PA est nécessaire pour que ces derniers puissent s'exprimer librement. Elle doit être poursuivie afin qu'ils puissent continuer à fournir leur aide. De plus, l'orientation, la défense et le soutien des soignants sont importants et ne sont pas suffisamment mis en avant, même s'ils donnent des résultats positifs.

Aujourd'hui les politiques de santé sont focalisées sur les moyens individuels de faire face aux TUS et ne répondent pas efficacement aux besoins de soutien des personnes qui s'en occupent. Des recherches doivent donc être menées sur les besoins de soutien des personnes touchées par un TUS. (20) Il est nécessaire que les politiques amplifient le soutien à la famille et que les stratégies d'intervention se concentrent sur l'établissement d'une relation familiale harmonieuse afin de mobiliser le soutien familial et de faciliter le processus de rétablissement des patients. (18) Les gouvernements et les organisations non gouvernementales doivent davantage s'impliquer dans les efforts de lutte contre les TUS et impliquer les PA.

D- Pathologies mentales et médecine générale

1- Lacunes concernant les pathologies duelles

Il est important d'évoquer les pathologies duelles qui sont relativement courantes dans les troubles mentaux et les TUS.

Les patients vivant avec des troubles psychiatriques ont une prévalence élevée d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives et les patients ayant des consommations problématiques de substances psychoactives ont une prévalence élevée de troubles psychiques associés 40 à 50%. (35)

La recherche psychiatrique sur la prestation de soins reconnaît de plus en plus le prix payé par l'entourage des personnes ayant des problèmes de santé mentale et leur contribution au processus de soins. Cependant elle est limitée aux proches de personnes atteintes de troubles mentaux tels que la schizophrénie, la bipolarité ou la démence, et les enquêtes sur la consommation de substances psychoactives suivent très lentement le chemin. (8) Des publications dans les domaines de la toxicomanie et de la maladie mentale ont examiné le rôle des familles de personnes souffrant de toxicomanie et/ou de maladie mentale, mais en scindant grandement les deux domaines, (12) c'est-à-dire que seul le fardeau de l'aidant est analysé uniquement dans le contexte de la maladie mentale.

Certaines études de notre revue indiquent dans leur critère d'exclusion pour les soignants les maladies psychiatriques. (8,52)

De plus, les personnes atteintes de TUS qui souffrent également de maladies mentales graves, peuvent voir leur niveau de charge de soins augmenter en raison du stress important des soignants et de la stigmatisation accrue associée à ces tâches de soins. (62)

Dans les études analysées dans cette revue, on trouve diverses études qui abordent ces pathologies duelles. Les études qui abordent uniquement le fardeau pour les aidants de patients atteints de pathologies mentales ont été exclues comme précisé plus haut.

Une étude compare le fardeau des soignants de patients atteints de schizophrénie et ceux atteints d'un trouble de l'usage de l'alcool. (7)

Les résultats de notre étude montrent qu'il n'y avait pas de différence statistique dans le fardeau des soins subi par les soignants des patients atteints de schizophrénie et de TUA. Aucune différence statistiquement significative est mise en évidence dans les scores des sous-échelles ZBI, de dépression et d'anxiété de l'HAD, et tous les domaines de WHOQOL-BREF. Les soignants de patients atteints de TUA subissent un fardeau de soins aussi lourd que celui des soignants de patients atteints de schizophrénie.

Une autre étude aborde les pathologies duelles et étudie simultanément les aidants de patients souffrant de bipolarité seule et ceux souffrant d'un TUA et de bipolarité en les comparant. (48)

Le trouble affectif bipolaire et le trouble alcoolique sont fréquemment comorbides et affectent les domaines sociaux, professionnels et personnels des patients et de leurs conjoints. La prévalence de la toxicomanie atteint près de 60 % chez les personnes atteintes de bipolarité.

De plus, cette étude est originale car elle s'intéresse au fardeau de l'aidant et de la satisfaction conjugale et sexuelle. Il existe peu de littérature sur le stress, la satisfaction conjugale et la satisfaction sexuelle des conjoints dans le contexte à la fois du BPAD et du TUA chez les époux.

Les résultats démontrent plus de stress (59 %), moins de satisfaction conjugale (53 %) et sexuelle (89 %) chez la majorité des participants dans les deux groupes confondus, avec un stress significativement plus élevé dans le groupe avec des époux souffrant de TUA et de bipolarité.

Les participants à l'étude dont les patients avaient un trouble bipolaire sans TUA comorbide présentaient un stress significativement plus faible ($p < 0,01$) que l'autre groupe, comme on le retrouve dans une autre étude de cette revue. (4) Les scores de satisfaction conjugale et sexuelle entre les deux groupes ne différaient pas significativement.

Des études ultérieures indiquent également que la comorbidité des troubles psychiatriques et de toxicomanie est assez fréquente chez les femmes. On estime que 50 à 60 % des femmes qui entreprennent un traitement pour toxicomanie souffrent d'un trouble mental

concomitant.

Les femmes atteintes de troubles concomitants signalent des niveaux plus élevés de victimisation physique, sexuelle et émotionnelle que les femmes en général et que les hommes atteints de pathologies duelles. (37)

Malgré la forte prévalence de femmes toxicomanes ou souffrant de troubles mixtes, et malgré les demandes importantes faites aux familles pour soutenir et aider leur proche atteint de ce trouble, peu de recherches ont examiné l'impact d'avoir une femme dans la famille toxicomane ou troubles mixtes sur le bien-être des membres de la famille.

Comme nous avons pu le constater dans notre analyse de revue narrative et dans la littérature, aucune intervention spécifiquement destinées aux aidants de patients souffrant de troubles concomitants (psychiatriques et addictologie) n'est évoquée. Les interventions existantes sont des interventions déjà connues et adaptées à cette population spécifique.

2- Parallèle avec la médecine générale

Les soins de santé à domicile pour les personnes atteintes de maladies chroniques somatiques ou de troubles cognitifs impliquent une proportion importante d'aidants en médecine générale. Le fardeau des aidants en médecine générale et en addictologie présente plusieurs similitudes et ces PA peuvent partager des défis similaires.

La charge émotionnelle est élevée : les PA en médecine générale peuvent ressentir un fort niveau de stress émotionnel en raison de la responsabilité qu'ils ont envers leur proche malade et ont des obligations quotidiennes à remplir. (63)

Dans les deux disciplines, les PA peuvent être confrontés à un isolement social, car ils peuvent être amenés à réduire leurs activités sociales pour prendre soin de leur proche.

Les problèmes financiers peuvent entraîner un fardeau important en raison des coûts liés à la prise en charge de leur proche malade, tels que les frais médicaux et les pertes de revenus liées à l'arrêt du travail. (64)

Le manque de formation et de ressources pour faire face à la complexité de la maladie influence le niveau de stress et le sentiment d'impuissance des PA. Cependant, les défis

spécifiques auxquels les aidants sont confrontés peuvent varier en fonction de la maladie de leur proche.

Bien qu'il existe des similitudes entre le fardeau des aidants en addictologie et en médecine générale, il y a également des différences importantes.

La nature de la maladie peut influencer la charge de soin. Le TUS est souvent associé à des comportements imprévisibles et des situations de crise, ce qui peut augmenter le stress émotionnel des aidants et la violence domestique. En revanche, la maladie d'un proche en médecine générale est souvent plus stable et prévisible, bien que la prise en charge puisse être chronique.

La stigmatisation, facteur prédictif important dans le cadre des TUS est moindre concernant les pathologies somatiques.

Dans les deux disciplines, les innovations en matière de soins de santé, qui ont entraîné une espérance de vie plus longue, combinées à l'augmentation des coûts des soins ont entraîné une augmentation de la prestation de soins de la part des aidants. Un nombre de plus en plus croissant de personnes sont alors confrontées à des problèmes liés au fardeau des soignants. (34)

Une étude, éligible pour notre revue narrative mais exclue après analyse, a comparé le fardeau des aidants de patients qui souffrent d'un TUS et ceux qui ne consomment pas de substances mais qui ont tout de même besoin d'un aidant. Il a été constaté que les problèmes de bien-être des soignants sont liés à la perception des conséquences de la maladie pour eux-mêmes. Par conséquent, ceux qui s'occupent d'un patient souffrant d'un TUS peuvent percevoir les conséquences comme étant plus importantes que ceux qui s'occupent d'un patient qui ne consomme pas de substances.

Cette étude a aussi révélé que les aidants familiaux de personnes souffrant de TUS étaient plus susceptibles d'être des parents ou des conjoints que des amis ou des voisins. (15)

En ce qui concerne les aides gouvernementales et juridiques pour les PA en médecine générale, cela peut varier selon les pays et les régions.

En France par exemple, les PA de personnes handicapées, invalides ou en perte d'autonomie, peuvent bénéficier d'un congé de proche aidant (qui remplace le congé de soutien familial) rémunéré pour prendre soin de leur proche malade. Toutefois, les PA de patients souffrant uniquement d'un TUS ne sont pas éligibles à ce congé. Certains gouvernements offrent des programmes d'aide financière pour les aidants, tels que des subventions, des prêts ou des prestations d'invalidité.

Tout comme les PA en addictologie, les aidants en médecine générale ont besoin d'un soutien social et professionnel. De nombreuses associations et groupes de pairs existent et proposent un soutien informel aux PA. Un soutien juridique leur permet également d'obtenir des conseils juridiques pour des questions telles que la tutelle, la représentation légale de leur proche malade ou la protection de leurs droits en tant qu'aidant.

Les services sociaux peuvent offrir une gamme de soutien, telle que l'accès aux soins de santé, l'aide au logement, l'aide alimentaire et d'autres services qui peuvent aider à soulager le fardeau de l'aidant.

Il est important que les aidants en médecine générale soient conscients des différentes aides gouvernementales et juridiques qui peuvent être disponibles et connaissent l'accès à ces ressources. Cependant, ces aides sont souvent moins connues des personnes souffrant d'un TUS car régulièrement, elles ne remplissent pas les critères d'éligibilité. En raison de la stigmatisation et de la honte ressenties en addictologie, les PA sont moins susceptibles de demander ces prestations, contrairement aux autres PA en médecine générale.

Bien que les aspects du fardeau des aidants se regroupent pour les PA de patients souffrant de TUS et ceux de patients souffrant de handicap ou de perte d'autonomie lié à l'âge, les PA des patients souffrant de TUS sont souvent confrontés à des défis spécifiques qui peuvent nécessiter un soutien plus spécialisé et des besoins en formations et ressources plus ciblés.

E- Limites et biais

1- Forces

La réalisation d'une revue narrative concernant les aidants dans le contexte de TUS permet d'avoir une vue générale à ce propos et soulève des problématiques habituellement négligées.

Dans cette revue un nombre important d'études (n=37) ont été analysées avec une description des caractéristiques de chaque étude.

Cette revue a la capacité d'être généralisée car les populations intégrées dans cette revue sont très variables avec des tranches d'âges, sexe et pays différents. De plus, toutes les addictions comportementales ou non sont prises en compte.

2- Limites

Notre étude présente cependant des limites, certaines limites propres à la méthodologie de la revue narrative d'autres se rapportant aux études analysées.

Les études analysées comportent pour la plupart des petits échantillons qui ne permettent pas d'évaluer leur propre validité externe. Certaines populations sont peu représentées : seulement trois études abordent la population adolescente. Cette catégorie est en effet très peu étudiée dans la littérature.

De plus, la majorité des études étudiées sont transversales et leurs résultats ne peuvent pas être appliqués à l'ensemble de la population.

L'évaluation du fardeau familial est réalisée du point de vue d'un seul PA, avec un caractère auto-déclaratif des PA et des patients souffrant de TUS. Cette déclaration portant sur un sujet tabou de notre société implique un biais de déclaration.

L'évaluation du fardeau est majoritairement globale (hormis quelques études) et subjective comme le précise le fardeau subjectif.

Les études interventionnelles qui permettent des avancées majeures dans notre problématique contiennent, elles aussi, des limites.

Par exemple, le suivi est relativement limité après les interventions. Un suivi plus approfondi auprès des PA est nécessaire, afin d'étudier les conséquences des rechutes des patients et les fluctuations de la qualité de vie et du fardeau familial chez les soignants.

De plus, dans certaines études interventionnelles, l'intervention n'est pas comparée avec un groupe témoin, c'est-à-dire un groupe dénué d'une quelconque intervention.

La méthodologie de notre revue contient, elle aussi, des limites car les critères méthodologiques sont moins élevés dans une revue narrative que dans une revue systématique :

- L'évaluation de la qualité méthodologique et l'analyse des données sont réalisées par un seul examinateur.

- Il existe un biais de sélection du fait de la sélection des articles en langue anglais et française uniquement.

- Il existe une absence d'anonymisation des études lors de l'analyse.

Dans cette revue de la littérature, narrative et non systématique, la littérature n'a pas été analysée de manière exhaustive mais le critère d'exhaustivité est exclu.

Orford et ses collègues soutiennent que les limites pratiques et financières dans le domaine de la recherche sur la toxicomanie ont abouti à un domaine d'étude négligé concernant le TUS et la famille. (16)

V- Conclusion

L'intervention des proches et des membres de la famille auprès de personnes souffrant d'un TUS n'est pas un phénomène nouveau. Son identification par les pouvoirs publics et sa désignation sous le terme générique d'aidant date principalement des années 2000. Le TUS a un impact sur la santé physique, mentale, émotionnelle et financière d'un patient mais aussi sur celle de son aidant principal. Ce trouble ne peut pas être traité sans tenir compte de l'impact qu'il a sur les soignants informels.

Cette revue de la littérature donne un aperçu des besoins et des problèmes de bien-être concernant les PA des personnes souffrant de TUS mais surtout des lacunes de dépistage et de prise en charge de leur fardeau. La prévalence du fardeau des PA et les groupes les plus à risque de fardeau élevé sont connus de la littérature, à savoir les femmes d'âge moyen, mais aucun outil n'est spécifiquement adapté et utilisé pour permettre le dépistage dans l'entourage du patient. Ce manque de dépistage entraîne un défaut de prise en charge des PA des patients souffrant d'un TUS.

La question des aidants doit être développée dans les différentes sphères de la société pour diminuer le manque d'intégration des aidants et leur stigmatisation. Pour permettre de faire progresser les modèles d'interventions déjà en cours, les instances gouvernementales et non gouvernementales doivent fournir des ressources et des informations nécessaires susceptibles d'aider à faire progresser les meilleures pratiques. Des législations doivent être élaborées pour inclure les soignants informels dans leurs efforts de lutte contre le TUS, car il s'agit d'un problème à multiples facettes.

La réalisation d'interventions types, nouvellement originales, adaptées à chaque population et pays, devraient permettre tout en respectant le secret médical, une prise en charge adaptée à la fois au patient et au PA.

L'évaluation de la structure des familles et des conflits familiaux est nécessaire pour mettre en œuvre des suggestions d'aides qui pourraient avoir un impact sur le fardeau des aidants et améliorer les résultats de traitement des TUS.

Bien que discutée sur le plan éthique, la priorité des soins et du traitement peut changer comme dans des situations telles que la pandémie du COVID-19 où il est devenu plus difficile pour les patients d'accéder au traitement. Dans ce contexte, la charge de soins des membres de la famille diffère et devient plus importante et les programmes d'intervention sont à prévoir d'une manière différente pour les PA.

Les nouvelles technologies peuvent aider dans la réalisation de nouveaux types d'interventions visant à assurer le bien-être psychologique et physique des soignants informels.

VI- Bibliographie

1. Baromètre_des_aidants_Fondation_April-BVA_2021.pdf.
2. chartecofacehandicapfr.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.aidants.fr/wp-content/uploads/2022/02/chartecofacehandicapfr.pdf>
3. Bannerot F, Leocadie MC, Rothan-Tondeur M. Déterminants du recours au répit pour les proches aidants de malades atteints de démence. *Santé Publique*. 2019;31(2):277-86.
4. Mattoo SK, Nebhinani N, Kumar BNA, Basu D, Kulhara P. Family burden with substance dependence: a study from India. *Indian J Med Res*. avr 2013;137(4):704-11.
5. Arslantaş H, Adana F. Factors affecting caregivers' burden and emotional expression of patients with schizophrenia. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 1 janv 2012;13:8-15.
6. Hoenig J, Hamilton MW. Elderly psychiatric patients and the burden on the household. *Psychiatr Neurol (Basel)*. 1966;152:281-93.
7. Vadher S, Desai R, Panchal B, Vala A, Ratnani IJ, Rupani MP, et al. Burden of care in caregivers of patients with alcohol use disorder and schizophrenia and its association with anxiety, depression and quality of life. *Gen Psychiatry*. juin 2020;33(4):e100215.
8. Sharma A, Sharma A, Gupta S, Thapar S. Study of family burden in substance dependence: A tertiary care hospital-based study. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(2):131-8.
9. Drogues et addictions, chiffres clés 2022. 2022;
10. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux | Livre | 9782294739293. Elsevier Masson SAS.
11. Ayakdaş Dağlı D, Baysan Arabacı L, Taş Soylu G, Büyükbayram Arslan A. Relationship Between Caregivers' Care Burden and Their Social Functioning Perceptions Toward Addicted Patients: A Cross-Sectional Survey. *Florence Nightingale J Nurs*. oct 2021;29(3):353-60.
12. Biegel DE, Katz-Saltzman S, Meeks D, Brown S, Tracy EM. Predictors of Depressive Symptomatology in Family Caregivers of Women With Substance Use Disorders or Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders. *J Fam Soc Work*. 2010;13(2):25-44.
13. Ayakdas Dagli D, Baysan Arabaci L, Tas Soylu G, Department of Mental Health and Psychiatry Nursing, Izmir Katip Celebi University, Faculty of Health Sciences, Izmir, Turkey, Buyukbayram Arslan A. Relationship Between Caregivers' Care Burden and Their Social Functioning Perceptions Toward Addicted Patients: A Cross-Sectional Survey. *Florence Nightingale J Nurs*. 29 sept 2021;29(3):353-60.
14. Hellum R, Nielsen AS, Bischof G, Andersen K, Hesse M, Ekstrøm CT, et al. Community reinforcement and family training (CRAFT) - design of a cluster randomized controlled trial comparing individual, group and self-help interventions. *BMC Public Health*. déc 2019;19(1):307.
15. Cleary M, Hunt GE, Matheson S, Walter G. The Association Between Substance Use and the Needs of Patients With Psychiatric Disorder, Levels of Anxiety, and Caregiving Burden. *Arch Psychiatr Nurs*. déc 2008;22(6):375-85.
16. Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Soc Sci Med*. févr 2013;78:70-7.
17. Marshall O. Associative stigma among families of alcohol and other drug users.

18. Li L, Lin C, Liang LJ, Feng N, Pham L, Hien NT. Evaluating an Intervention for Family Members of People Who Use Drugs in Vietnam. *Soc Sci Med* 1982. sept 2020;261:113238.
19. Roozen HG, De Waart R, Van Der Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment: Engaging treatment-resistant individuals. *Addiction*. oct 2010;105(10):1729-38.
20. Settlely C. The physical and psychological wellbeing of caregivers of individuals suffering from substance addiction. *Arch Psychiatr Nurs*. juin 2020;34(3):107-9.
21. Tyo MB, McCurry MK. An Integrative Review of Measuring Caregiver Burden in Substance Use Disorder. *Nurs Res*. sept 2020;69(5):391-8.
22. Smith et Estefan - 2014 - Families Parenting Adolescents With Substance Abus.pdf.
23. Daley DC, Smith E, Balogh D, Toscaloni J. Forgotten but Not Gone: The Impact of the Opioid Epidemic and Other Substance Use Disorders on Families and Children. *Commonwealth*. 25 juin 2018;20(2-3).
24. Kelly JF, Fallah-Sohy N, Cristello J, Bergman B. Coping with the enduring unpredictability of opioid addiction: An investigation of a novel family-focused peer-support organization. *J Subst Abuse Treat*. juin 2017;77:193-200.
25. Karpagalakhmi. Caregiver burden in treatment seeking individuals with alcohol use disorders. [THE TAMILNADU DR. M.G.R. MEDICAL UNIVERSITY, CHENNAI, TAMILNADU]; 2020.
26. Hoertel N, Crochard A, Limosin F, Rouillon F. La consommation excessive d'alcool : un lourd fardeau pour l'entourage. *L'Encéphale*. avr 2014;40:S1-10.
27. Choudhary M. A Qualitative Study to assess Perceived Burden among Caregivers of Client with Substance Dependence. *Int J Nurs Educ Res*. 2016;4(2):169.
28. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. 450 p.
29. Renati R, Bonfiglio NS, Rollo D. Dealing with Loved Ones' Addiction: Development of an App to Cope with Caregivers' Stress. *Int J Environ Res Public Health*. 30 nov 2022;19(23):15950.
30. Pennel L, Salas-Toquero C. Étape : un programme pour aider l'entourage des personnes souffrant d'addiction.
31. Shekhawat B, Jain S, Solanki H. Caregiver burden on wives of substance-dependent husbands and its correlates at a Tertiary Care Centre in Northern India. *Indian J Public Health*. 2017;61(4):274.
32. Ludwig A, Monico LB, Lertch E, Schwartz RP, Fishman M, Mitchell SG. Until there's nothing left: Caregiver resource provision to youth with opioid use disorders. *Subst Abuse*. 2 oct 2021;42(4):990-7.
33. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME & DIVISION FOR TREATY AFFAIRS - 2022 - WORLD DRUG REPORT 2022.pdf [Internet].
34. Rospenda KM, Minich LM, Milner LA, Richman JA. Caregiver Burden and Alcohol Use in a Community Sample. *J Addict Dis*. 30 juin 2010;29(3):314-24.
35. Brown S, Biegel DE, Tracy EM. Likelihood of Asking for Help in Caregivers of Women With Substance Use or Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders. *Care Manag J*. sept 2011;12(3):94-100.

36. Li L, Hien NT, Liang LJ, Lin C, Tuan NA. Correlated outcomes of a pilot intervention for people injecting drugs and their family members in Vietnam. *Drug Alcohol Depend.* janv 2014;134:348-54.
37. Katz-Saltzman S, Biegel DE, Townsend A. The Impact of Caregiver-Care Recipient Relationship Quality on Family Caregivers of Women With Substance-Use Disorders or Co-Occurring Substance and Mental Disorders. *J Fam Soc Work.* 8 juill 2008;11(2):141-65.
38. Vaishnavi R, Karthik MS, Balakrishnan R, Sathianathan R. Caregiver Burden in Alcohol Dependence Syndrome. *J Addict.* 2017;2017:1-6.
39. Salize HJ, Jacke C, Kief S, Franz M, Mann K. Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years: Family burden and QALYs in alcoholism. *Addiction.* janv 2013;108(1):62-70.
40. Sapna Ganesh, Shripathy M Bhat. Burden and Quality of Life among Care Givers of Persons with Alcohol Dependence Syndrome - A Hospital based Interventional Study. *déc 2017;22(12):20-8.*
41. Weiss RD, Jaffee WB, De Menil VP, Cogley CB. Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know? *Harv Rev Psychiatry.* nov 2004;12(6):339-50.
42. Timko, C., Cronkite, R. C., McKellar, J. D. Exploring the relationship between social support and demographic characteristics of individuals with alcohol and drug dependence: findings from the National Survey on Drug Use and Health. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 39(2). 2013;93-8.
43. Asante KO, Lento AG. Use of crystal methamphetamine among male adolescents in Cape Town, South Africa: Caregivers' experiences. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* déc 2017;12(1):18.
44. Bouvier Gérard. L'enquête Handicap-Santé Présentation générale. INSEE; 2011.
45. Swaroopachary R, Kalasapati L, Ivaturi S, Reddy CmPK. Caregiver burden in alcohol dependence syndrome in relation to the severity of dependence. *Arch Ment Health.* 2018;19(1):19.
46. Garg R, Gupta A, Kundal D. Comparison of impact of family stigma on quality of life among caregivers of male inpatients with alcohol and opioid use disorder. *Ind Psychiatry J.* 2019;28(2):278.
47. Faghih M, Pahlavanzadeh S. The effect of cognitive behavioral therapy on the burden in drug dependent persons' caregivers: A randomized controlled clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2019;24(2):131.
48. Mukhopadhyay S, Sharma S, Aggarwal A, Kataria D. Perceived stress, marital satisfaction, and sexual satisfaction in spouses of males having bipolar disorder with and without alcohol use disorder: A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry.* 2021;63(3):270.
49. Shyangwa PM, Tripathi BM, Lal R. Family Burden in Opioid Dependence Syndrome in Tertiary Care Centre. *J Nepal Med Assoc.* 1 juill 2008;47(171).
50. Nebhinani N, Anil B, Mattoo S, Basu D. Family burden in injecting versus noninjecting opioid users. *Ind Psychiatry J.* 2013;22(2):138.
51. DIVISION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL User Manual. 2012.
52. Rafiq M, Sadiq R. Caregivers stress and quality of life among female family members of poly drug abusers. *RMJ.* 2019;(44):106-8.

53. Maryam Rafiq, Riffat Sadiq. Caregiver Stress, Perceived Stigma and Mental Health in Female Family Members of Drug Addicts: Correlational Study. sept 2019;69(9).
54. McGovern MP, Carroll KM. Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* déc 2003;26(4):991-1010.
55. Thein KZK, Herberholz C, Sandar WP, Yadanar. Caring for persons with drug use disorders in the Yangon Region, Myanmar: Socioeconomic and psychological burden, coping strategies and barriers to coping. Myers B, éditeur. *PLOS ONE.* 7 oct 2021;16(10):e0258183.
56. Smith JM, Estefan A. Families Parenting Adolescents With Substance Abuse—Recovering the Mother’s Voice: A Narrative Literature Review. *J Fam Nurs.* nov 2014;20(4):415-41.
57. Fischer GN, Tarquinio C, Dodeler V. Chapitre 6. Soutien social, santé et maladie. In: *Les bases de la psychologie de la santé.* Paris: Dunod; 2020. p. 173-200. (Psycho Sup).
58. Hyder S, Chenganakkattil S, Babu J. Comparison of caregiver’s burden in schizophrenia and alcohol dependence syndrome. *J Community Health Manag.*
59. Lander L, Howsare J, Byrne M. The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Soc Work Public Health.* mai 2013;28(3-4):194-205.
60. Information sur Al-Anon et Alateen : Renseignements destinés aux professionnels. [Internet]. Disponible sur: <http://al-anon-alateen.fr/>
61. Études Aidants - Fondation APRIL [Internet]. Disponible sur: <https://www.fondation-april.org/comprendre/barometre-et-etudes-aidants>
62. Slaunwhite AK, Ronis ST, Sun Y, Peters PA. The emotional health and well-being of Canadians who care for persons with mental health or addictions problems. *Health Soc Care Community.* mai 2017;25(3):840-7.
63. Céline Bürgisser, Emilie Charrière. Que vivent les proches aidants accompagnant une personne en fin de vie à domicile ? *Revue de littérature.* Haut école de santé de Fribourg; 2019.
64. Riffin C, Van Ness PH, Wolff JL, Fried T. Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers: CAREGIVER BURDEN AND TYPE OF ASSISTANCE. *J Am Geriatr Soc.* févr 2019;67(2):277-83.

VII- Annexes

1- AUDIT-C

À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque

2- Short-MAST

	OUI	NON
1. Pensez-vous que vous êtes un grand buveur (par « grand » nous voulons dire que vous buvez plus que la plupart des gens) ?		
2. Est-ce que votre conjoint ou vos parents se sont inquiétés ou plaints de votre consommation d'alcool ?		
3. Vous est-il arrivé de vous sentir coupable à propos de votre consommation d'alcool ?		
4. Est-ce que vos amis ou des parents pensent que vous êtes un grand buveur ?		
5. Vous arrive-t-il de ne pouvoir vous arrêter de boire quand vous le voulez ?		
6. Vous est-il arrivé de participer à une réunion des Alcooliques Anonymes (ou d'un groupe de parole équivalent) ?		
7. Vous est-il arrivé que la consommation d'alcool pose un problème entre vous et votre partenaire, vos parents ou d'autres relations familiales ?		
8. Vous est-il arrivé d'avoir des difficultés au travail à cause de votre consommation d'alcool ?		
9. Avez-vous négligé vos obligations, votre famille ou votre travail durant deux jours de suite ou plus, à cause de votre consommation d'alcool ?		
10. Avez-vous recherché l'aide de quelqu'un à propos de votre consommation d'alcool ?		
11. Vous est-il arrivé d'être hospitalisé à cause de votre consommation d'alcool ?		
12. Vous est-il arrivé d'être arrêté par la police ou les gendarmes, même pour quelques heures, à cause de votre comportement avec l'alcool ?		
13. Vous est-il arrivé d'être arrêté par la police ou les gendarmes pour une alcoolisation au volant ?		

3- ASI

ETAT MEDICAL

<p>* 1 - Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux? (Y compris surdosage et delirium tremens, excepté désintoxication) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2 - Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique? <input type="text"/> ans <input type="text"/> mois</p> <p>3 - Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie (Sérologie hépatite et VIH)? 0 - Non 1 - Oui Précisez:</p> <p>4 - Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique? 0 - Non 1 - Oui</p>	<p>5 - Recevez-vous une pension pour une incapacité physique (hors d'une incapacité psychiatrique)? 0 - Non 1 - Oui Précisez:</p> <p>6 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Question 7 et 8 demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</p> <p>7 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours? <input type="text"/></p>	<p>8 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux? <input type="text"/></p> <p>Évaluation de sévérité par l'interviewer</p> <p>9 - Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical? <input type="text"/></p> <p>Évaluation de confiance</p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés?</p> <p>10 - volontairement par le patient 0 - Non 1 - Oui <input type="text"/></p> <p>11 - par son incapacité à comprendre 0 - Non 1 - Oui <input type="text"/></p>
---	--	---

EMPLOI / RESSOURCES

<p>* 1 - Nombre d'années d'études (BAC = 12 ans) <input type="text"/> ans <input type="text"/> mois</p> <p>* 2 - Formation ou études techniques <input type="text"/> ans <input type="text"/> mois</p> <p>3 - Avez-vous un métier, une profession, une compétence? 0 - Non 1 - Oui (préciser)</p> <p>4 - Avez-vous un permis de conduire valide? 0 - Non 1 - Oui <input type="text"/></p> <p>5 - Pouvez-vous disposer d'une automobile (sans permis de conduire valide répondez Non) 0 - Non 1 - Oui <input type="text"/></p> <p>6 - Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps? <input type="text"/> mois <input type="text"/> ans</p> <p>7 - Occupation actuelle (ou dernière occupation) Précisez:</p> <p>8 - Quelqu'un contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre? 0 - Non 1 - Oui <input type="text"/></p> <p>9 - (Si oui à la question 8) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières? 0 - Non 1 - Oui <input type="text"/></p>	<p>10 - Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années <input type="text"/></p> <p>1 - Temps plein (32 heures/semaine) 2 - Temps partiel (heures régulières) 3 - Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée) 4 - Etudiant 5 - Service militaire 6 - Retraité / Invalidité 7 - Sans emploi 8 - Environnement contrôlé</p> <p>11 - Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours (y compris travail au noir)? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours?</p> <p>12 - Emploi (revenu net) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>13 - Chômage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>14 - Aide sociale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>15 - Pension <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>16 - Conjoint, famille, amis ou gains <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>17 - Illégal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>18 - Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins? (nourriture, logement, etc.) <input type="text"/></p>	<p>19 - Combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Question 20 et 21 demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</p> <p>20 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours? <input type="text"/></p> <p>21 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes d'emploi? <input type="text"/></p> <p>Évaluation de sévérité par l'interviewer</p> <p>22 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel? <input type="text"/></p> <p>Évaluation de confiance</p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés?</p> <p>23 - volontairement par le patient 0 - Non 1 - Oui <input type="text"/></p> <p>24 - par son incapacité à comprendre 0 - Non 1 - Oui <input type="text"/></p>
--	---	---

SUBSTANCES / ALCOOL/TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

	30 derniers jours	Nb de prises par jour	Prescription 30 der jours	Toute la vie années	Voie
* 1- alcool toute utilisation					
* 2- alcool intox					
* 3- héroïne					
* 4a- méthadone					
* 4b- buprénorphine					
* 5- autres opiacés/ analgésiques					
* 6- barbituriques					
* 7- autres sédatifs/ hyp/tranq					
* 8- cocaïne					
* 9- amphétamines					
* 10- cannabis					
* 11- hallucinogènes					
* 12- inhalants					
* 13- plus d'une substance par jour					
* 12b- tabac					

* 12c- Autre addiction sans substance posant problème (précisez)
0= non 1= oui

Si oui, 30 derniers jours

Toute la vie (en années)

14- Quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal?
(Veuillez coder comme précédemment ou 15-polysubstances; 17-tabac 19- Autre addiction sans substance)

Si 04, préciser si cette substance est M= Méthadone, B= Buprénorphine

Si plusieurs substances, veuillez entourer les substances déclarées comme problématiques

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----

15- Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s) ou d'une autre addiction sans substance - en mois - (00-jamais abstinent)

16- Depuis combien de mois, cette abstinence a-t-elle cessé?

* 17- Combien de fois avez-vous eu
- un delirium tremens (alcool)
- une overdose (drogue)

* 18- Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour?
- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- autre addiction sans substance

* 19- Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:
- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- autre addiction sans substance

20- Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour?
- alcool
- substances (hors alcool et tabac)
- tabac
- autre addiction sans substance

21- Combien de journées avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une autre addiction sans substance au cours des 30 derniers jours? (y compris AA, NA)

22- Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des?
- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- autre addiction sans substance

Question 23 et 24 demander au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

23- Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des?
- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- autre addiction sans substance

24- Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces:
- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- autre addiction sans substance

Evaluation de sévérité par l'interviewer

25b- Selon vous, quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal? (Entourez le(s) numéros correspondant)

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----

25- Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour?
- problème d'alcool
- problème de substances (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- autre addiction sans substance

Evaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés?

26- Volontairement par le patient
0- Non
1- Oui

27- Par son incapacité à comprendre
0- Non
1- Oui

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

- * 1 - Etat civil
 1 - Marié 4 - Séparé
 2 - Remarié 5 - Divorcé
 3 - Veuf 6 - Célibataire
- 2 - Depuis combien de temps avez-vous cet état civil ? ans mois
 (Depuis l'âge de 18 ans si vous n'avez jamais été marié)
- * 3 - Etes-vous satisfait de cette situation
 0 - Non
 1 - Indifférent
 2 - Oui
- * 4 - Conditions de vie habituelles der 3 ans
 1 - avec conjoint et enfants
 2 - avec conjoint seulement
 3 - avec enfants seulement
 4 - avec parents
 5 - avec famille
 6 - avec amis
 7 - seul
 8 - environnement contrôlé
 9 - pas de conditions de vie stables
- 5 - Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ans mois
 (Depuis l'âge de 18 ans si vous vivez avec vos parents ou votre famille)
- 6 - Etes-vous satisfait de ces conditions de vie
 0 - Non 1 - Oui
 Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des
 0 - Non 1 - Oui
- 6 A problèmes d'alcool
 6 B problèmes de substances non prescrites
- 7 - Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre
 1 - famille
 2 - amis
 3 - seul(e)
- 8 - Êtes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre
 0 - Non
 1 - Indifférent
 2 - Oui
- 9 - Combien d'amis intimes avez-vous

Consignes pour 9A à 18
 Noter dans la case correspondante quand la réponse est clairement négative pour toutes les personnes de cette catégorie quand la réponse est clairement Oui pour un membre de la catégorie familiale lorsque la réponse est incertaine ou « Je ne sais pas et lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté.

9A Pourriez-vous dire que, dans votre vie, vous avez eu des relations étroites durant de longues périodes avec des personnes de votre entourage proche
 0 - Non 1 - Oui

- Mère
- Père
- Frère/sœur
- Epouse/partenaire sexuel(le)
- Enfants
- Amis

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec
 0 - Non 1 - Oui

- 10 - Mère
- 11 - Père
- 12 - Frère/sœur
- 13 - Epouse/partenaire sexuel(le)
- 14 - Enfants
- 15 - Autre parent important à vos yeux
- 16 - Amis intimes
- 17 - Voisins
- 18 - Camarades de travail

Est-ce que certaines de ces personnes (10-18) ont abusé de vous
 0 - Non 1 - Oui

- 18 A - Emotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs)
- 18 B - Physiquement (en vous causant des préjudices corporels)
- 18 C - Sexuellement (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

- 19 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave
 Avec votre famille
- Avec d'autres personnes (famille exclue)

Question 20 et 23 demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé au cours des 30 derniers jours par ces

- 20 - Problèmes familiaux
- 21 - Problèmes sociaux

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces

- 22 - Problèmes familiaux
- 23 - Problèmes sociaux

Évaluation de sévérité par l'interviewer

- 24 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil familial ou aide sociale

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés

- 25 volontairement par le patient
 0 - Non 1 - Oui

- 26 - par son incapacité à comprendre
 0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

4- SADQ :

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque Toujours
1. Le jour après avoir bu de l'alcool, je me suis réveillé en sueur.	0	1	2	3
2. Le jour après avoir bu de l'alcool, mes mains ont tremblé dès le matin.	0	1	2	3
3. Le lendemain de la consommation d'alcool, tout mon corps tremblait violemment au petit matin si je ne buvais pas.	0	1	2	3
4. Le lendemain après avoir bu de l'alcool, je me suis réveillé complètement trempé de sueur.	0	1	2	3
5. Le lendemain d'avoir bu de l'alcool, j'ai peur de me réveiller le matin.	0	1	2	3
6. Le lendemain après avoir bu de l'alcool, j'avais peur de rencontrer des gens à la 1 ^{ère} heure le matin.	0	1	2	3
7 Le lendemain d'avoir bu de l'alcool, je me suis senti au bord du désespoir quand je me suis réveillé.	0	1	2	3
8. Le lendemain d'avoir bu de l'alcool, j'ai eu très peur en me réveillant.	0	1	2	3
9. Le lendemain de la consommation d'alcool, j'aimais bien prendre une boisson alcoolisée le matin.	0	1	2	3
10. Le lendemain de la consommation d'alcool, j'ai toujours avalé mes premières boissons alcoolisées vers le bas le plus rapidement possible.	0	1	2	3
11. Le jour après avoir bu de l'alcool, j'ai bu plus d'alcool pour me débarrasser des shakes.	0	1	2	3
12 Le lendemain de la consommation d'alcool, j'ai eu une très forte envie de boire quand je me suis réveillé	0	1	2	3
13 J'ai bu plus d'un quart de bouteille de spiritueux par jour (OU 1 bouteille de vin OU 8 unités de bières).	0	1	2	3
14. J'ai bu plus d'une demi-bouteille de spiritueux par jour (Ou 1,5 bouteille de vin OU 15 unités de bières)	0	1	2	3
15. J'ai bu plus d'une bouteille de spiritueux par jour (Ou 3 bouteilles de vin ou 30 Unités de bière)	0	1	2	3
16. J'ai bu plus de deux bouteilles de spiritueux par jour (Ou 6 bouteilles de vin ou 60 unités de bières)	0	1	2	3

5- DAST 10 :

	OUI	NON
1 – Avez-vous consommé d'autres médicaments ou drogues que ceux qui sont requis pour des raisons médicales ?		
2-Abusez-vous de plus d'un médicament ou d'une drogue à la fois ?		
3 – Pouvez-vous toujours cesser de consommer quand vous le désirez ? (Si vous n'avez jamais consommé de médicaments ou de drogues, répondez « Oui ».)		
4 – Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance (« blackouts ») ou des « flashbacks » causés par une consommation de médicaments ou de drogues ?		
5 – Votre consommation de médicaments ou d'autres drogues vous gêne-t-elle ou vous sentez-vous coupable? (Si vous n'en avez jamais consommé, répondez « Non »)		
6 – Votre conjointe, votre conjoint, votre partenaire ou vos parents se sont-ils déjà plaints de votre consommation de médicaments ou de drogues ?		
7 – Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de médicaments ou d'autres drogues ?		
8 – Avez-vous déjà eu des activités illicites afin d'obtenir des médicaments ou d'autres drogues ?		
9 – Avez-vous déjà expérimenté des symptômes de sevrage (se sentir malade) lorsque vous avez cessé de consommer des médicaments ou d'autres drogues ?		
10 – Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux causés par votre consommation (hépatite, convulsions, hémorragie, etc.) ?		

6- SDS :

1. Avez- vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation ?	(0) Jamais ou presque jamais (1) Quelques fois (2) Souvent (3) Toujours ou presque toujours
2. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de cannabis vous a rendu inquiet ou anxieux ?	(0) Jamais ou presque jamais (1) Quelques fois (2) Souvent (3) Toujours ou presque toujours
3. Est-ce que votre consommation de cannabis vous a préoccupé ?	(0) Pas du tout (1) Un peu (2) De temps en temps (3) Beaucoup
4. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation ?	(0) Jamais ou presque jamais (1) Quelques fois (2) Souvent (3) Toujours ou presque toujours
5. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans ?	(0) Facile (1) Assez difficile (2) Très difficile (3) Impossible

7- Échelle de Zarit (ZBI) :

	1	2	3	4
1- Sentez-vous que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?				
2- Pensez-vous que vous n'avez pas assez de temps pour vous-même parce que vous le consacrez à votre parent ?				
3- Vous sentez-vous surmené en vous occupant de votre parent en même temps que vous affrontez d'autres responsabilités familiales ou sociales ?				
4 – Êtes-vous gêné par le comportement de votre parent ?				
5 – Êtes-vous irrité quand votre parent est près de vous ?				
6 Sentez-vous l'influence négative et fréquente de votre parent sur vos relations avec les autres membres de votre famille ou avec vos amis ?				
7 – Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?				
8 – Pensez-vous que votre parent est à votre charge ?				
9- Vous sentez-vous tendu auprès de votre parent ?				
10 – Pensez-vous que votre santé ait été touchée du fait de votre engagement auprès de votre parent ?				
11 – Pensez-vous que vous n'avez pas autant d'intimité que vous le désireriez en présence de votre parent ?				
12 – Pensez-vous que votre vie sociale ait été affecté depuis que vous vous occupez de votre parent ?				
13- Vous sentez-vous mal à l'aise à cause de votre parent pour recevoir des amis ?				
14- Pensez-vous que votre parent semble attendre de vous que vous vous occupiez de lui comme si vous étiez la seule personne capable de le prendre en charge ?				
15- Pensez-vous qu'en plus de vos autres faits, vous n'avez pas assez d'argent pour vous occuper de votre parent ?				
16 – Pensez-vous que vous ne pourrez pas vous occuper plus longtemps de votre parent ?				
17- Sentez-vous avoir perdu la maîtrise de votre propre vie depuis la maladie de votre parent ?				
18 – Souhaitez-vous vraiment que quelqu'un d'autre puisse prendre en charge votre parent ?				
19- Doutez-vous de ce qu'il y a à faire pour votre parent ?				
20 – Croyez-vous que vous devriez faire plus pour votre parent ?				
21-Pensez-vous que vous pourriez mieux vous occuper de votre parent ?				
22- En somme, ressentez-vous une lourde charge en vous occupant de votre parent ?				

8- Caregiver burden inventory (CBI) :

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Fréquemment	Presque toujours
1. Avez-vous l'impression que votre proche demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?					
2. Avez-vous l'impression qu'en raison du temps que vous passez avec votre proche, vous n'avez pas assez de temps pour vous ?					
3. Vous sentez-vous stressé entre prendre soin de votre proche et essayer d'assumer d'autres responsabilités pour votre famille ou votre travail ?					
4. Vous sentez-vous gêné par le comportement de votre proche ?					
5. Vous sentez-vous en colère lorsque vous êtes en présence de votre proche ?					
6. Avez-vous l'impression que votre parent affecte actuellement votre relation avec d'autres membres de votre famille ou vos amis de manière négative ?					
7. Avez-vous peur de ce que l'avenir réserve à votre proche ?					
8. Avez-vous l'impression que votre proche dépend de vous ?					
9. Vous sentez-vous tendu lorsque vous êtes avec votre parent ?					
10. Avez-vous l'impression que votre santé a souffert à cause de votre relation avec votre parent ?					
11. Avez-vous l'impression de ne pas avoir autant d'intimité que vous le souhaiteriez à cause de votre proche ?					
12. Avez-vous l'impression que votre vie sociale a souffert parce que vous vous occupez d'un proche ?					
13. Vous sentez-vous mal à l'aise d'avoir des amis à cause de votre parent ?					
14. Avez-vous l'impression que votre proche semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui, comme si vous étiez le seul sur qui il pouvait compter ?					
15. Avez-vous l'impression de ne pas avoir assez d'argent pour prendre soin					

de votre proche, en plus du reste de vos dépenses ?					
16 : Pensez-vous que vous ne pourrez pas prendre soin de votre proche plus longtemps ?					
17. Avez-vous l'impression d'avoir perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre proche ?					
18. Souhaitez-vous pouvoir simplement laisser la garde de votre parent à quelqu'un d'autre ?					
19. Vous sentez-vous incertain de ce qu'il faut faire à propos de votre proche ?					
20. Pensez-vous que vous devriez faire plus pour votre proche ?					
21. Pensez-vous que vous pourriez mieux vous occuper de votre proche ?					
22. Dans l'ensemble, à quel point vous sentez-vous chargé de prendre soin de votre proche ?					

9- Échelle de la qualité de vie (WHOQUOL-BREF) :

1 Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
2 Êtes-vous satisfait(e) de votre santé ?					
3 La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?					
5 Aimez-vous votre vie ?					
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?					
7 Êtes-vous capable de vous concentrer ?					
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?					
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?					
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?					

11 Acceptez-vous votre apparence physique ?					
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?					
13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?					
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?					
15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?					
16 Êtes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
17 Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?					
18 Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?					
19 Êtes-vous satisfait(e) de vous ?					
20 Êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?					
21 Êtes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?					
22 Êtes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?					
23 Êtes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?					
24 Êtes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?					
25 Êtes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?					
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?					

VIII- Listes des abréviations

Al-Anon :	Alcooliques Anonymes
Alateen :	Alcooliques Adolescents
ASI :	Addiction Severity index
AUDIT :	Alcohol Use Disorders Identification Test
CIM :	Classification internationale des maladies
CBI :	Caregiver burden inventory
COVID-19 :	Corona Virus Disease 2019
CRAFT :	Community Reinforcement and Family Training
CSSRI :	Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory
DAS :	Dyadic Adjustment Scale
DAST :	Drug Abuse Screening Test
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDAF :	Échelle de la détresse des aidants familiaux
FBIS :	Family Burden interview
FEIS :	Family Experiences Interview Schedule
HAS :	Haute Autorité de Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
LTC :	Learn to cop
MAST :	Michigan Alcohol Screening Test
MeSH	Medical Subject Headings
MSP :	Programme de soutien mutuel
Nar-Anon :	Narcotiques anonymes
OFDT :	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONU :	Organisation des nations unies
PA :	Proche aidant
PICOS :	Population intervention comparaison résultats conception de l'étude
SADQ :	Severity Alcohol Dépendance Questionnaire
SDS :	Severity of Dependence Scale
QFA :	Questionnaire sur le fardeau des aidants
TTC :	Thérapie cognitivo-comportementale
TUA :	Trouble de l'usage à l'alcool
TUS :	Trouble de l'usage de substances
TUO :	Troubles de l'usage des opioïdes
UE :	Union Européenne
USA :	United States of America
WHOQOL :	World Health Organization Quality of Life
ZBI :	Zarit burden interview

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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