

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-104

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES DE MEDECINE GENERALE)

par

Maxime RICHARD

né le 19 décembre 1990 à Saint-Sébastien-Sur-Loire (44)

Présentée et soutenue publiquement le 04 juillet 2019 à 11h30

**Besoins et attentes des patients souffrant d'addiction à l'alcool dans
la perspective de l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique
dans la maison de santé pluridisciplinaire d'Aizenay, en Vendée**

Président : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne SURRAULT

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

À Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous en suis profondément reconnaissant.

À Monsieur le Professeur Florent ESPITALIER, vous avez accepté sans hésitation de faire partie du jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Nicolas HOMMEY, je suis honoré que vous ayez accepté de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de toute ma gratitude.

Je tiens à remercier le Docteur Anne SURRAULT, pour m'avoir encadré tout au long de cette thèse. Un grand merci pour ton inégalable gentillesse, ta disponibilité et les nombreux encouragements que tu as su me prodiguer.

À ma famille :

À mes parents Claude et Geneviève tout d'abord. Vous avez toujours été à mes côtés. Cette thèse n'aurait sans doute jamais vu le jour sans votre présence bienveillante et votre soutien indéfectible.

À Cédric et Audrey qui m'ont supporté durant toutes ces années.

À mes amis :

Tout d'abord à mes amis de lycée : Antoine, Bastien, Yoann, Greg.

Mes remerciements vont aussi à mes amis, mes « copains docteurs » avec lesquels j'ai vécu de belles années d'apprentissage. Ou quand l'amitié rend des études bac + 9 bien plus cools. Notamment : Charlène, Laura, Camille H, Rémi, Valentin, François, Alexandre, Valeria, David K, David M, Guillaume, Maéva, Manon, Pauline, Gabrielle, Camille M, Caroline.

Et puis comment pourrais-je oublier mes incomparables acolytes Lucie, François, David et Élise qui n'ont cessé de me harceler avec cette sempiternelle question : « Elle avance ta thèse ?! » Comme vous le voyez, elle est enfin achevée et je vous donne donc rendez-vous à PortAventura !

À tous ceux qui m'ont accompagné lors de mes stages : le service de médecine polyvalente à Ancenis, des urgences à Châteaubriant, de pédiatrie à Cholet, de Soins de suite et de réadaptation à La Roche-sur-Yon, mais aussi mes maîtres de stage niveau 1 : Patrice, Ronan et Isabelle ; de SASPAS: Gilles et Patrick.

Enfin, une pensée toute particulière pour mes deux petites sœurs Myriam et Erika. Vous nous manquez tellement.

« L'alcool est l'aspirine de l'âme. »

Louis Gauthier (1944 -) dans *Anna*

« L'alcool est un anesthésique qui permet de supporter l'opération de la vie. »

George Bernard Shaw (1856 - 1950)

« Quand j'étais plus jeune, j'avais comme règle de ne jamais boire d'alcool fort avant le déjeuner. Maintenant, ma règle est de ne jamais le faire avant le petit-déjeuner. »

Winston Churchill (1874 – 1965) dans *Man of the Century*

Sommaire

Remerciements.....	2
Liste des figures, tableaux et annexes.....	6
Liste des abréviations.....	7
I. Introduction.....	8
1.1) Contexte épidémiologique.....	8
I.1.a) Une consommation régulière et fréquente.....	8
I.1.b) Des complications sévères et multiples.....	8
I.1.c) Un taux de rechute important.....	10
I.2) Stratégie thérapeutique.....	11
I.2.a) Le rôle du médecin généraliste.....	11
I.2.b) Les objectifs à atteindre.....	11
I.2.c) Des médicaments qui impliquent un suivi.....	12
I.3) L'éducation thérapeutique et sa place en addictologie.....	12
I.3.a) Définition de l'éducation thérapeutique.....	12
I.3.b) Place et intérêt en addictologie.....	13
I.4) Modalités de réalisation de l'ETP.....	14
I.4.a) Première phase : conception du programme.....	15
I.4.b) Deuxième phase : réalisation du programme.....	15
I.5) Besoins du patient et thèmes susceptibles d'être abordés chez le patient souffrant d'addiction à l'alcool.....	17
I.6) L'ETP pour l'accompagnement du patient souffrant d'addiction à l'alcool : intérêt d'un programme ambulatoire en Vendée.....	19
II. Matériel et méthode.....	21
II.1) La question de recherche.....	21
II.2) Le lieu de l'étude : Pourquoi Aizenay et ses alentours ?.....	21
II.3) Type d'étude.....	22
II.4) Conception de l'étude.....	22
II.5) Réalisation de l'étude.....	23
III. Résultats.....	24
III.1) Le patient : ce qu'il est.....	24
III.1.a) Caractéristiques socio-démographiques.....	24
III.1.b) Les comorbidités.....	24
III.1.c) Les co-addictions.....	25
III.1.d) Entourage et loisirs.....	25
III.2) Le patient : ce qu'il a.....	25
III.2.a) Son type de consommation.....	25
III.2.b) Son parcours de soin.....	35
III.3) Le patient : ce qu'il croit.....	41
III.4) Le patient : ce qu'il sait.....	46
III.5) Le patient : ce qu'il sait faire.....	55
III.6) Le patient : ce qu'il ressent.....	56
III.7) Le patient : ce qu'il veut.....	59

III.7.a) Ses projets.....	59
III.7.b) La motivation à diminuer l'alcool.....	60
III.7.c) Objectifs de consommation.....	61
III.7.d) Place de l'éducation thérapeutique.....	63
III.7.e) Format du programme d'éducation thérapeutique.....	65
IV. Discussion	70
IV.1) Forces et limites de l'étude	70
IV.1.a) Forces de l'étude.....	70
IV.1.b) Limites de l'étude.....	70
IV.2) Discussion des principaux résultats	71
IV.2.a) L'importance du diagnostic éducatif pour connaître le patient.....	71
IV.2.b) L'inclusion dans le programme d'éducation thérapeutique dépendent du niveau de risque et de la motivation du patient.....	74
IV.2.c) Le programme et la contribution du patient.....	75
IV.2.d) La conception : s'inspirer des autres programmes.....	78
IV.2.e) Les thèmes abordés : du besoin aux ateliers.....	82
IV.2.f) Inclure l'entourage dans le programme d'ETP.....	92
IV.2.g) La participation du médecin généraliste.....	93
V. Conclusion	97
VI. Annexes	98
VI.1) Annonce pour le recrutement des patients du cabinet	98
VI.2) Formulaire de consentement patient	99
VI.3) Questionnaire patient	101
VI.4) Verbatims	102
Serment médical.....	103
VII. Bibliographie	104

Liste des figures, tableaux et annexes

Liste des figures :

<u>Figure 1</u> : Effets d'une intervention sur l'alcool, OFDT.....	10
<u>Figure 2</u> : Deux approches montrant le continuum de la consommation à risque.....	11
<u>Figure 3</u> : Les programmes d'ETP en France selon l'ARS.....	12
<u>Figure 4</u> : Réaliser l'ETP selon la HAS.....	13
<u>Figure 5</u> : Les CSAPA en Vendée.....	21
<u>Figure 6</u> : Alcool pour faire le point par INPES santépubliquefrance.....	85

Liste des tableaux :

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques socio-démographiques.....	24
---	----

Liste des graphiques :

<u>Graphique 1</u> : Les comorbidités.....	25
<u>Graphique 2</u> : Les co-addictions.....	26
<u>Graphique 3</u> : Thèmes abordés.....	69

Liste des annexes :

<u>Annexe 1</u> : Annonce pour le recrutement des patients du cabinet.....	99
<u>Annexe 2</u> : Formulaire de consentement patient.....	100
<u>Annexe 3</u> : Questionnaire patient.....	102
<u>Annexe 4</u> : Verbatims.....	103

Liste des abréviations

- **ANPAA** : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.
- **AREPTA** : Association Régionale Pour une Thérapie Active.
- **AUDIT** : Alcohol use disorders test.
- **COMETE** : COMpétences psychosociales en éducation du paTiEnt.
- **CSAPA** : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
- **DETA** : Diminuer, entourage, trop, alcool.
- **DPC** : Développement professionnel continu.
- **DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- **ETP** : Éducation thérapeutique du patient.
- **FAF** : Fonds d'assurance formation.
- **FNPEIS** : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire.
- **HAS** : Haute autorité de santé.
- **INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- **IM** : Intramusculaire.
- **IPCEM** : Institut de perfectionnement en communication et éducation médicales.
- **IRSS** : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.
- **OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé.
- **MSA** : Mutualité sociale agricole.
- **PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- **SC** : Sous-cutané.
- **SFA** : Société française d'alcoologie.
- **SRAE** : Structure régionale d'appui et d'expertise
- **URML** : Union régionale des médecins libéraux.

I. Introduction

L'addiction à l'alcool est une **maladie chronique fréquente** avec un taux de **rechute important** malgré les traitements instaurés en ambulatoire et en hospitalisation. Une approche addictologique enrichie d'une **éducation thérapeutique** pourrait permettre de mieux accompagner le patient et de mieux appréhender les rechutes, notamment en ambulatoire (1).

I.1) Contexte épidémiologique

I.1.a) Une consommation régulière et fréquente

Entre 2014 et 2015, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies estimait le nombre de consommateurs d'alcool annuels âgés de 11 à 75 ans et vivant en France métropolitaine à 42.8 millions dont 8.7 millions qui consomment régulièrement (au moins trois fois dans la semaine pour les adultes et au moins 10 mois pour les adolescents). Pays viticole, la France reste par ailleurs en 2012 le premier pays consommateur de vin dans le monde, même si cette consommation diminue régulièrement depuis 50 ans (2).

I.1.b) Des complications sévères et multiples

La consommation d'alcool est la **deuxième cause évitable de mortalité** en France après le tabagisme. Celle-ci est impliquée dans la genèse de cancers (Voies aérodigestives supérieures, foie, côlon, rectum, sein), de maladies chroniques (cirrhose hépatique, pancréatite chronique), de maladies cardio-vasculaires, dans la survenue des accidents de la voie publique ainsi que dans celle des troubles psychiatriques (psychoses, dépendance...) (3). Au final, 13% des décès masculins et 5% des décès féminins sont imputables à l'alcool, soit un total de 49 000 décès par an en 2009 (2).

Les données compilées retrouvent une diminution du taux de mortalité par cirrhoses hépatiques et par cancers des voies aérodigestives supérieures ainsi que des psychoses alcooliques en lien avec la baisse de la consommation d'alcool comme le montre la figure suivante, publiée par l'OFDT (2). Ces chiffres montrent l'importance d'une **intervention médicale** sur le niveau de consommation.

Évolution des taux de mortalité pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et le alcooliques, chez les hommes et chez les femmes, 1950-2010

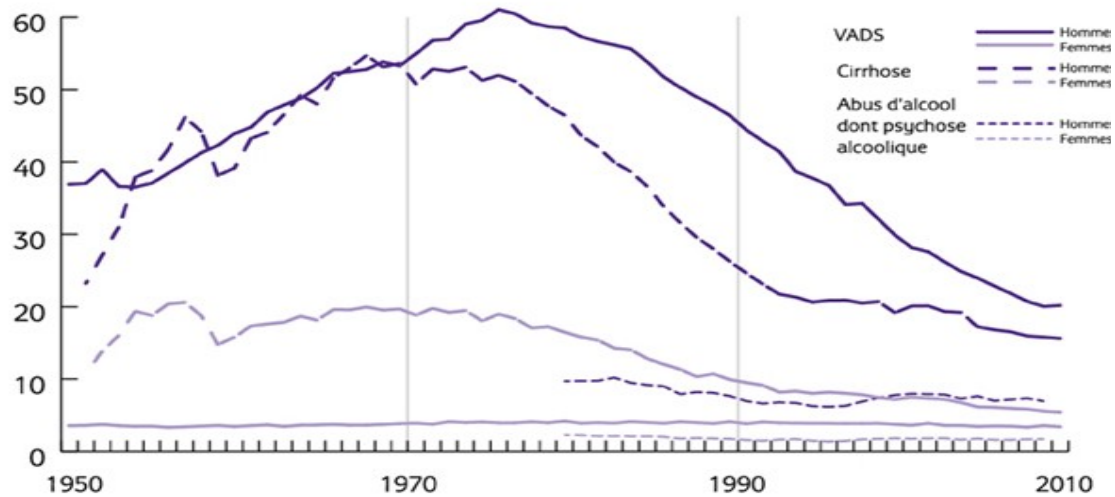


Figure 1 : Effets d'une intervention sur l'alcool, OFDT (2)

Source : C.Hill (Institut Gustave-Roussy)
[Drogues et addictions, données essentielles - 2013]

En outre, l'addiction à l'alcool est responsable de **complications** dans le domaine social (agressions physiques et sexuelles, incivilités, violences conjugales et domestiques qui constituent des délits graves), professionnel (arrêts de travail répétés ou de longue durée, accidents du travail, baisse de la productivité...) ou familial (syndrome d'alcoolisation fœtale, mauvais traitements, négligence familiale, maltraitance) (2). Enfin, l'alcool est la drogue ayant l'**impact le plus important sur l'entourage du consommateur**, devant l'héroïne, le crack/cocaïne et le tabac (4).

Le risque de complications secondaires à l'alcool dépend du **niveau de consommation**. Des classifications ont été proposées pour classer ce risque en (5) (6) :

- **Non-usage ou abstinence** : il n'y a pas de consommation.
- **Usage simple ou à faible risque** : la consommation est asymptomatique et inférieure aux seuils recommandés en France.

Le **mésusage** regroupe les deux catégories suivantes :

- **Usage à risque** : la consommation est asymptomatique mais peut entraîner des dommages à plus ou moins long terme.
- **Trouble lié à l'usage de l'alcool** : la consommation entraîne des symptômes physiologiques, cognitifs ou comportementaux. Cette catégorie regroupe l'**usage nocif et la dépendance**. Un sujet est dépendant s'il présente au moins trois des manifestations suivantes et de manière concomitante au cours de l'année : désir puissant ou compulsion à consommer, difficulté à contrôler la consommation, syndrome de sevrage si diminution ou arrêt, apparition

d'une tolérance avec nécessité d'augmenter la consommation pour avoir les mêmes effets, majoration du temps passé pour la substance consommée au détriment des autres sources de plaisir, poursuite de la consommation malgré la survenue de complications.

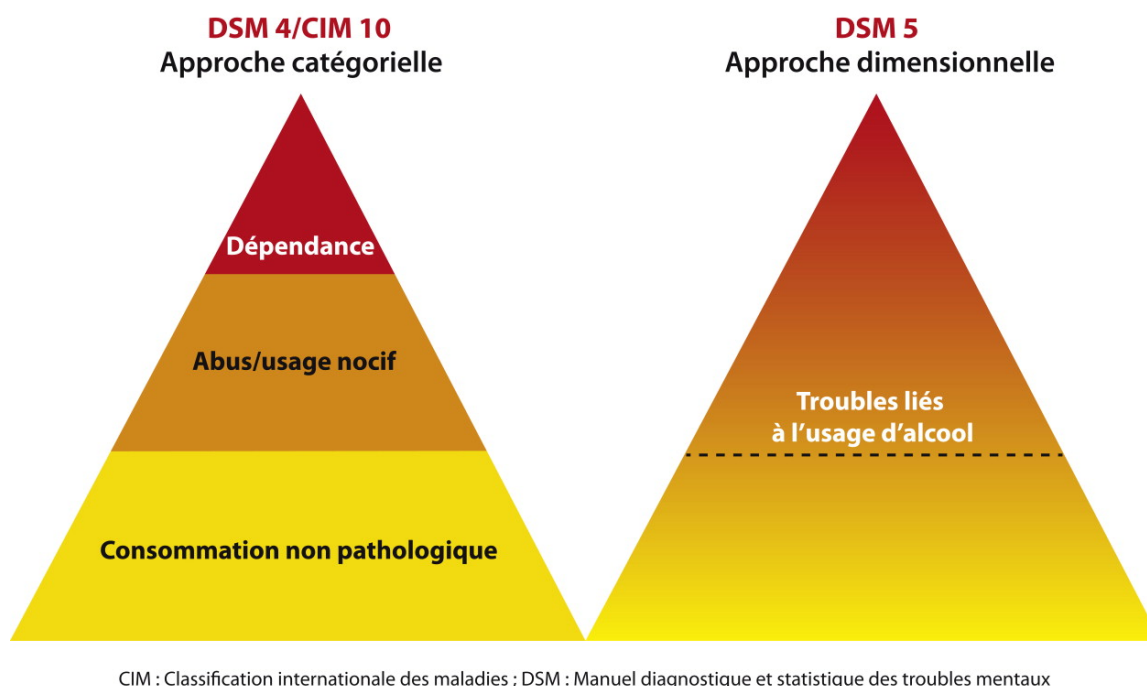


Figure 2 : Deux approches différentes montrant le continuum de la consommation à risque (76)

Comme le montre la classification du DSM 5 sur la figure ci-dessus, il existe un continuum entre les différentes catégories de troubles liés à l'usage d'alcool. Le médecin généraliste doit par conséquent **agir à tous les niveaux de risque sans attendre que le patient ait atteint le stade de dépendance**, plus complexe à traiter et nécessitant souvent l'intervention du spécialiste en addictologie (7).

I.1.c) Un taux de rechute important

L'usage nocif et la dépendance toucheraient 8% de la population. Après traitement, seuls 30% des patients restent abstinents à 1 an et 10-20% à 4 ans (8).

L'addiction à l'alcool constitue donc un **problème de santé publique majeur** qui requiert la mise en place de diverses stratégies thérapeutiques par le médecin généraliste ou l'addictologue afin de favoriser le sevrage ou la diminution de consommation.

I.2) Stratégie thérapeutique

I.2.a) Le rôle du médecin généraliste

L'alcool constitue la cause directe ou indirecte de 20 % des consultations en médecine générale (7). Le médecin généraliste est en première ligne, constituant une **personne-ressource** pour l'accompagnement du patient et de son entourage (5). Outre l'orientation vers les autres professionnels ou spécialistes, ses différentes missions consistent en :

- Le **repérage du mésusage d'alcool** qui peut faire partie d'une **intervention brève** (c'est-à-dire utiliser un test de repérage de type DETA ou AUDIT, expliquer les risques et la notion de verre standard d'alcool, montrer l'intérêt d'une réduction, expliquer les méthodes de réduction, renforcer la motivation, présenter des objectifs raisonnables, proposer une consultation de contrôle et des documents d'information tout en laissant le choix au patient car celui-ci est acteur de son changement) (7).
- la prescription d'un **traitement médicamenteux**, par exemple chez les personnes ne souhaitant pas s'engager dans l'abstinence mais s'orientant vers une réduction de la consommation (5).
- La **prévention du syndrome de sevrage** par un suivi régulier et l'utilisation de benzodiazépines, notamment (5).
- Une **intervention psychosociale d'intensité modérée** mettant l'accent sur la motivation au changement, le renforcement du soutien par l'entourage, l'observance du traitement médicamenteux. L'adhésion aux mouvements d'entraide est aussi encouragée (5).

I.2.b) Les objectifs à atteindre

Les interventions citées précédemment ont pour but d'atteindre l'un des objectifs possibles fixés par la SFA selon le degré de dépendance mais aussi selon l'acceptation du sujet (5):

- Le **sevrage total** notamment s'il y a dépendance ou mésusage associé à des comorbidités physiques ou psychiatriques.
- La **réduction contrôlée de la consommation** notamment pour le patient souffrant d'abus d'alcool avec dépendance peu sévère, sans comorbidité importante et bénéficiant d'un soutien social convenable. Ce deuxième objectif est la stratégie privilégiée par la SFA : réduction des risques en accompagnant le patient des catégories de l'OMS à risque élevé ou très élevé (6 à 10 verres par jour pour l'homme, 4 à 6 verres pour la femme) à un risque léger ou modéré (4 à 6 verres d'alcool par jour pour l'homme et 2 à 4 verres par jour pour la femme) en

concordance avec la loi santé du 09 août 2004 (9) dont les objectifs prioritaires sont la diminution générale du niveau de consommation (20 %) et la réduction des usages à risque et de la dépendance.

I.2.c) Des médicaments qui impliquent un suivi

Pour atteindre cet objectif, des médicaments sont usuellement employés parmi lesquels :

- Le **Nalméfène** (nom commercial *Selincro*®) : c'est un antagoniste opioïde qui constitue une option thérapeutique dans la réduction de la consommation éthylique chez les patients à risque élevé (10). Le bénéfice de ce traitement est conditionné par l'observance du patient. Celle-ci est donc confortée par la mise en place d'un **suivi thérapeutique** qui permet de même le soutien psychosocial mentionné dans les recommandations HAS du traitement.

- Le **Baclofène** (nom commercial *Lioresal*®, *Baclofène Zentiva*®) : c'est un analogue structural de l'acide gamma-amino butyrique (GABA) qui bénéficie depuis le 26 avril 2017 d'une recommandation temporaire d'utilisation pour favoriser une réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de la consommation telle que définie par l'OMS chez les patients alcoolodépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles, soit plutôt en deuxième intention (11).

D'autres médicaments sont plutôt employés pour l'aide au maintien de l'abstinence tels l'Acamprosate (*Aotal*®), la Naltrexone (*Revia*®), le Disulfirame (*Espéral*®) et encore une fois le Baclofène (*Lioresal*®, *Baclofène Zentiva*®) (12).

Suivant les recommandations HAS de ces médicaments, la prescription médicamenteuse chez le patient souffrant d'addiction chronique doit s'accompagner d'un **soutien psychosocial**. Celui-ci pourrait alors prendre la forme d'une **éducation thérapeutique**.

I.3) L'éducation thérapeutique et sa place en addictologie

I.3.a) Définition de l'éducation thérapeutique

La HAS définit l'éducation thérapeutique (ETP) comme une méthode visant à « aider les patients à **acquérir ou maintenir les compétences** dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. » (13). Elle a pour finalité une amélioration de la santé, de la qualité de vie, l'acquisition et le maintien de compétences. Elle est inscrite dans la loi hôpital, santé, patients, territoire (HSPT) datant de 2009 (14). Cette définition fait écho à celle de l'OMS qui en 1998 définissait l'ETP comme « un processus continu, intégré dans les soins

et **centré sur le patient**. Il comprend des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie. » (15)

I.3.b) Place et intérêt en addictologie

Les programmes d'ETP en addictologie sont encore **peu nombreux**. Sur 3378 programmes répertoriés en janvier 2014 en France, seuls 35 étaient en lien avec l'addictologie soit seulement 1%. En effet, la plupart des thèmes abordés concernent les maladies cardiovasculaires (dont fibrillation auriculaire, AVC, gestion des anticoagulants...13%), le diabète de type 1 (10%) et de type 2 (12%), les maladies respiratoires (BPCO, asthme 7%) comme le montre le graphique de l'ARS (cf. diagramme suivant) (16). La psychiatrie et l'addictologie comptent seulement pour 6%. Dans notre région des Pays de la Loire, les thèmes concernent : les patients à risque cardiovasculaire, les pathologies fibromyalgiques et les lombalgies chroniques (Clisson). Il n'est retrouvé que deux programmes d'ETP concernant l'addictologie, l'un dans le 72 (centre Gouallouedec) et l'autre en cours de mise en place au CHU de Nantes (17), donc deux en structure et aucun en ambulatoire.

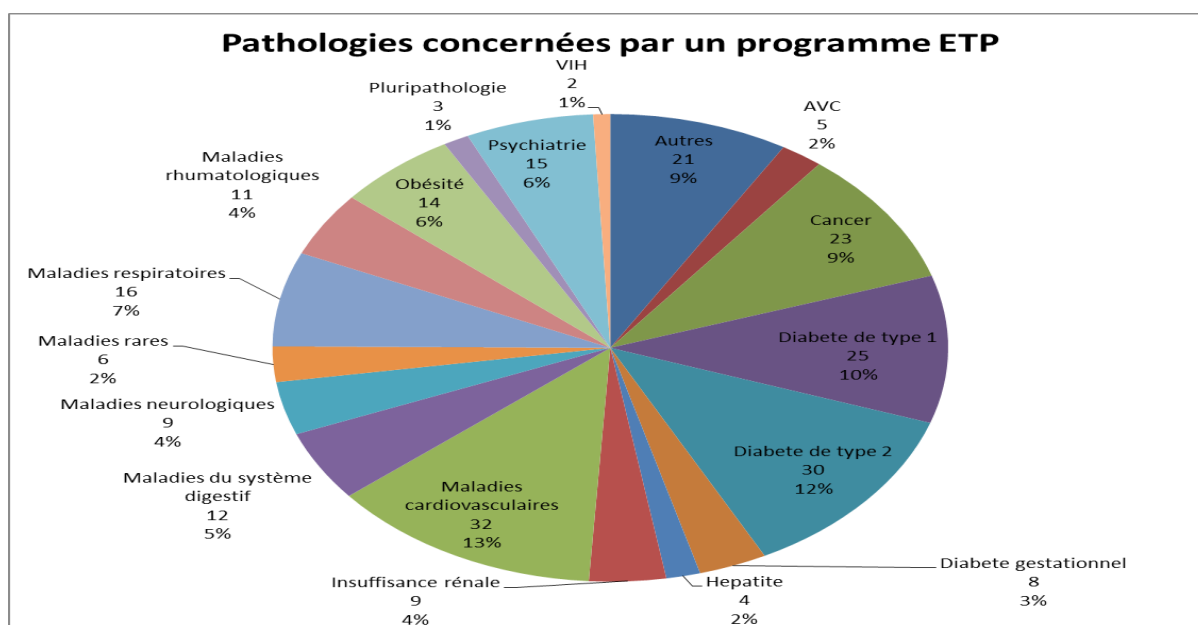


Figure 3 : Les programmes d'ETP en France, selon l'ARS (15)

Par ailleurs, l'ETP est un **sujet peu abordé** lors des formations d'addictologie (1). La réalisation de celle-ci semble pourtant pertinente en addictologie, d'où la réalisation actuelle de plusieurs programmes, principalement en hospitalisation (18). En effet :

- Le mésusage de l'alcool est une pathologie chronique.
- Il n'y a pas de traitement permettant une guérison définitive.
- L'implication active du patient est nécessaire aux soins.
- Le suivi est important.

- L'ETP est un outil pédagogique qui renforce la **motivation**. Le patient est acteur de ses soins avec évaluation de ses connaissances initiales, implication active dans le programme thérapeutique, évaluation de ses acquis et des difficultés. Elle est donc susceptible de constituer un bon complément à l'entretien motivationnel seul, parfois peu efficace.

Pour rappel, l'entretien motivationnel est employé en médecine pour faire évoluer un comportement susceptible d'influer sur la santé, notamment dans le cadre des maladies chroniques. Inventé dans les années 1980 par deux psychologues, il est basé sur une écoute active et une attitude empathique et cherche à susciter, soutenir la volonté de changer ses comportements ainsi qu'appréhender les mécanismes d'ambivalence (19). Une étude Cochrane datant de 2016 a analysé 84 essais contrôlés randomisés comprenant au total 22872 jeunes adultes âgés en moyenne de 15 à 24 ans dont 66 essais comportaient une seule séance et les autres de multiples séances ou une combinaison associant séances individuelles ou de groupe. La durée de suivi typique était 12 mois. L'étude concluait à une **efficacité très faible et non significative** de l'entretien motivationnel sur la quantité d'alcool consommée, la fréquence de consommation d'alcool, les problèmes d'alcool et l'alcoolémie maximale ainsi que l'absence d'efficacité sur l'hyperlcoolisation (binge drinking), l'alcoolémie maximale moyenne, la conduite en état d'ivresse ou d'autres comportements à risque liés à l'alcool (20).

L'intérêt pour ce type de pratique en addictologie est corroboré par la création en 2018 d'une nouvelle formation en ETP et addictologie par l'IPCEM (21).

I.4) Modalités de réalisation de l'ETP

La HAS impose un cahier des charges pour la réalisation de l'ETP (8):

- Réalisation par une équipe pluridisciplinaire dont un médecin, d'où un intérêt particulier porté aux **maisons de santé pluridisciplinaires**.

- Professionnels formés à l'ETP (durée minimum de 40 heures théoriques) ou bénéficiant d'un plan de formation.

- Programmes scientifiquement fondés et s'appuyant sur des recommandations professionnelles, une littérature scientifique pertinente, des consensus professionnels. Les programmes sont mis en place au niveau local après autorisations des ARS qui sont aussi chargées du contrôle du respect des dispositions pour les autorisations délivrées :

- Il ne doit pas exister de programme similaire dans le même secteur géographique.
- Toute modification du programme doit être notifiée à l'ARS.
- Autorisation valable 4 ans sauf si pas de mise en œuvre dans les 12 mois suivant sa délivrance ou interruption sur une période de 6 mois consécutifs .
- Réalisation d'une auto-évaluation du programme une fois par an.

I.4.a) Première phase : conception du programme

Le programme d'ETP doit être élaboré avec le **concours des patients**. En effet, le système de santé français évolue et donne une place prépondérante au patient dans les décisions qui le concernent (22). L'implication de celui-ci assure une adéquation du programme (contenu et type des séances) avec la réalité du patient et pas seulement ce qu'en perçoivent les soignants. Par conséquent, des thèmes initialement non identifiés par les soignants sont susceptibles d'être abordés. C'est pourquoi la HAS préconise de « solliciter les patients, individuellement ou leurs associations, dans les phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation d'un programme spécifique à une pathologie chronique » dans ses recommandations de 2007 (13).

I.4.b) Deuxième phase : réalisation du programme

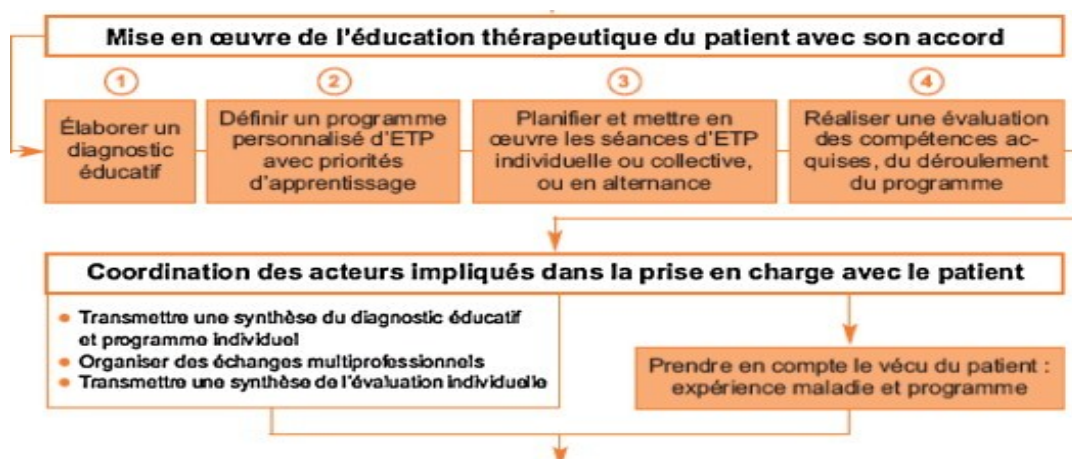


Figure 4 : Réaliser l'ETP selon la HAS (7)

Selon le guide HAS, la réalisation de l'ETP comporte 4 étapes (13):

● **Diagnostic éducatif** (selon JF D'Ivernois et R Gagnayre (23))

Le diagnostic éducatif a pour but d'établir un **état des lieux de la vie du patient** avec sa maladie en utilisant cinq dimensions :

- Socioprofessionnel : ***Qu'est-ce qu'il est ?*** La situation professionnelle et familiale du patient, ses loisirs, ses ressources.
- Biomédical : ***Qu'est-ce qu'il a ?*** Le type et l'importance de la pathologie, le traitement de fond / les comorbidités.
- Cognitif : ***Qu'est-ce qu'il sait ?*** L'histoire du patient avec sa maladie (parcours de soin), ses connaissances (noms des médicaments, complications, pronostic, idées reçues...) et ce qu'il souhaite apprendre, ses capacités et préférences d'apprentissage.
- Psychoaffectif : ***Que ressent-il ? De quelle manière voit-il les choses ? Que croit-il ?***
- Projectif : ***Qu'est-ce qui le motive ?*** Ses objectifs professionnels / de vie, sa capacité à les envisager et à les réaliser.

● **Définir le programme d'ETP et les priorités d'apprentissage**

Énoncer des compétences à acquérir et maintenir au vu du projet du patient :

- Compétences d'auto-soins : traiter soi-même ses symptômes ; s'auto-surveiller ; savoir adapter et instaurer son traitement, modifier son mode de vie, prévenir et maîtriser les complications de la maladie, impliquer son entourage...
- Compétences d'adaptation : avoir confiance en soi ; gérer ses émotions et son stress ; avoir des compétences en matière de communication et de relations sociales, prise de décision et résolution de problèmes ; savoir fixer des buts à atteindre et des choix, savoir s'observer, s'évaluer et se renforcer.

● **Programmer et réaliser les séances d'ETP**

Après communication des compétences aux professionnels de santé impliqués dans l'ETP. Sélection des supports, contenus et méthodes rythmant la séance et favorisant l'interaction avec le patient et son entourage pour l'acquisition des compétences.

● **Évaluation des compétences et des modifications du mode de vie**

L'évaluation porte sur les compétences acquises, les modifications instaurées dans la vie quotidienne, les modalités de réalisation et la pertinence du programme... Les professionnels de santé sont ainsi informés des progrès du patient : ce qu'il sait, ce qu'il comprend, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qui n'est pas encore acquis...

I.5) Besoins du patient et thèmes susceptibles d'être abordés chez le patient souffrant d'addiction à l'alcool

Dans ses recommandations de 2007, la HAS préconise une **ETP centrée sur le patient** (13). En conséquence, le programme doit être le plus proche possible des **attentes et besoins du patient**. La notion de besoin est définie comme ce qui justifie l'acte thérapeutique. Il représente « ce qui sépare la situation actuelle vécue par le patient et la situation souhaitée. Cette dernière répondant à un idéal normatif défini par les experts et/ou subjectif (personnel à chaque patient). » (24) La détermination des besoins du patient constitue donc une **base fondamentale** pour la création d'un programme d'éducation thérapeutique (1) (25) (26). En ce qui concerne l'alcool et d'autres maladies chroniques, une analyse de la littérature retrouve des besoins récurrents :

- Besoin d'être informé sur la maladie et les traitements
- Besoin de comprendre le traitement et ses effets indésirables
- Besoin d'écoute, de compréhension et de communication
- Besoin d'atténuer les conséquences de la maladie sur la vie quotidienne. Voici quelques exemples de **conséquences possibles** d'une consommation trop élevée chez des patients souffrant d'addiction à l'alcool et pouvant constituer des besoins :

- Exemple numéro 1 : Impact sur l'image de soi

Une étude retrouvait une image de soi négative chez les patients éthyliques, notamment les femmes (stigmatisation sociale de l'éthylisme) même si le fait que l'alcoolisme soit reconnu comme une maladie et les changements dans la condition féminine ont aidé à l'améliorer. « *Je me trouve dans une solitude totale* » est une phrase qui revient souvent chez ces patients. Les hommes ont davantage tendance à se critiquer, les femmes sont plus défensives et méfiantes (27). Les auteurs de l'étude suggèrent une **évaluation du niveau d'estime de soi** en début d'intervention ainsi que l'emploi de techniques diverses pour **aider le patient à s'affirmer et à s'accepter**. Il s'agit pour eux d'un axe fondamental dans la thérapeutique.

Cette affirmation est appuyée par d'autres auteurs. Selon Adès et Desjoyeux, les principales perturbations psychologiques des patients souffrant d'addiction à l'alcool sont une perte de la capacité de se juger et de s'apprécier par rapport aux autres (28). Alonso-Fernandez insiste sur les conséquences sociales de l'addiction à l'alcool (notamment la rupture du travail, les conséquences familiales, les problèmes avec la justice) qui aboutissent pour le patient à une image dépréciée, dégradée et primitive de lui-même (29). Les conclusions de Sessions portent sur l'image de soi négative qui est à la base de la plupart des conduites alcooliques et qui est associée à une estime de soi moindre (30).

- Exemple numéro 2 : Impact **sexuel** (31)

Chez les hommes, l'alcool est employé pour accroître les performances sexuelles et chez les femmes à des fins de désinhibition. Il n'est pourtant pas dépourvu d'effets indésirables :

Chez les hommes : altération de la libido, troubles de l'érection (installation plus lente...), troubles de l'éjaculation (retardée, prématurée, absente), altération de l'orgasme (faible sensation de jouissance, réactions paradoxales comme le désespoir ou la colère).

Chez les femmes : altération de la libido, troubles de la phase d'excitation (phase de lubrification insuffisante...), orgasme absent ou retardé, faible sensation de jouissance, réactions paradoxales (désespoir ou pleurs).

Il est proposé en réponse à cette problématique une **prise en charge sexologique préventive**, insistant sur les croyances erronées comme le fait que l'alcool est un faux ami lorsqu'il permet de dissimuler ses difficultés sexuelles (éjaculation retardée, dysfonction érectile, dyspareunie) et sociales (timidité...). Les interlocuteurs sont à choisir parmi le médecin, le sexologue, le psychologue... Des mises en garde sur les conséquences des comportements sexuels à risque lui sont associées (utilisation de slogans comme *boire ou séduire, il faut choisir*). Une **prise en charge curative** ne semble abordable qu'une fois le sevrage bien avancé. Des médicaments peuvent être employés contre la dysfonction érectile (inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 comme le Sildenafil *Viagra*®), l'éjaculation prématurée (IRSS comme la Dapoxétine *Priligy*®), l'insuffisance testiculaire (Testostérone SC ou IM), l'insuffisance ovarienne (Tibolone *Livial*®).

- Exemple numéro 3 : Impact **alimentaire** (32)

L'abus d'alcool est fréquemment associé à des carences nutritionnelles suivant des mécanismes différents qui peuvent être associés :

Directement par substitution aux autres nutriments, puissance calorique responsable de surpoids, modifications du comportement alimentaire...

Indirectement par malabsorption ou maldigestion (pathologies hépatique, pancréatique ou intestinale).

Les carences majorent les effets de l'alcool et celui-ci accroît les conséquences des carences nutritionnelles : les patients dénutris ont un pic plus élevé d'alcool à consommation égale et cette dernière affecte le métabolisme des nutriments (folates d'où une anémie mégaloblastique et un facteur de risque de cancer colorectal ; vitamine A qui joue un rôle clé dans la fibrose hépatique et favorise la carcinogenèse). En outre, la malnutrition est un facteur étiologique important des dysfonctions hépatiques.

Pour résumer, il semble important d'intégrer la diététique, la sexualité, la psychologie ainsi que la pédagogie concernant la maladie, les traitements et leurs effets indésirables dans les thèmes d'une ETP du patient souffrant d'addiction à l'alcool.

I.6) L'ETP pour l'accompagnement du patient souffrant d'addiction à l'alcool : intérêt d'un programme ambulatoire en Vendée

L'éducation thérapeutique en alcoologie est surtout réalisée à **l'hôpital ou en centre de santé** (8) (18) (17). Mais le nombre de places disponibles en structure n'est pas proportionnel à celui des patients souffrant d'un trouble lié à l'alcool (17). En nombre croissant, les **maisons de santé pluridisciplinaires** sont des lieux propices à la réalisation d'une éducation thérapeutique en ambulatoire. La pratique de celle-ci y reste encore marginale, comme le montre une thèse réalisée en 2010 (33). Un rapport au ministère rappelle pourtant la **place du médecin généraliste** qui se sent souvent exclu (34). Celui-ci peut intervenir à différents stades :

- Conception et/ou animation des programmes selon ses disponibilités.
- Sensibilisation des patients à intégrer une ETP dès le diagnostic d'une maladie chronique.
- Orientation vers une offre d'ETP en ambulatoire.
- Organisation d'un programme d'ETP au sein du cabinet (exemple des infirmières Azalée mises à disposition par la MSA).

On peut y ajouter différentes actions (19) :

- soutien pour l'équipe soignante en cas de difficultés au cours du programme.
- consultations avec le patient entre les séances.

- réorientation du patient vers une équipe d'addictologie.
- encourager l'entourage à participer à l'ETP.

Dans le département de la Vendée :

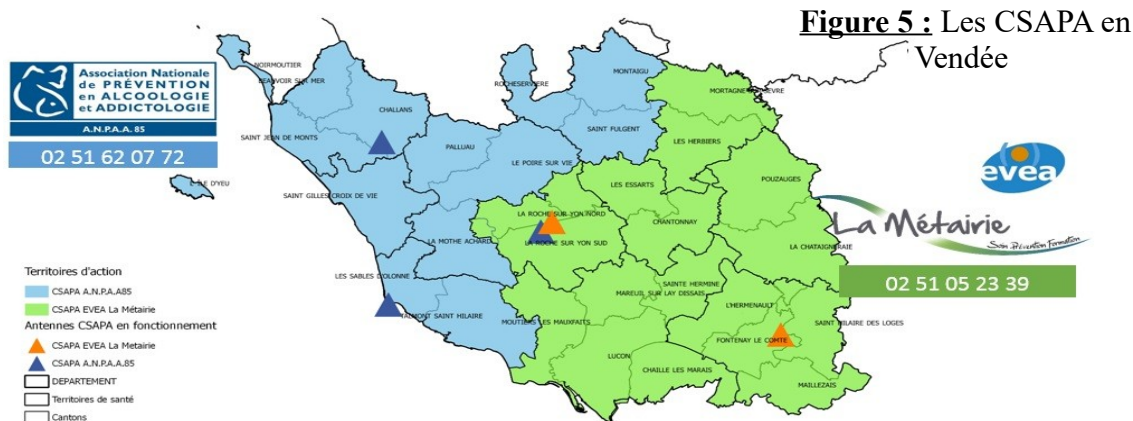
Il n'y a à l'heure actuelle **pas de programme d'ETP** portant sur les problèmes d'alcool en Vendée. La prise en charge des patients en demande de sevrage se déroule dans plusieurs structures répertoriées par le SRAE (35):

- Le CSAPA A.N.P.A.A. 85 et celui de LA METAIRIE (en lien avec l'EVEA, espace vendéen en addictologie) : ils sont orientés sur l'information, l'accompagnement et les soins en ambulatoire. On y trouve aussi des consultations et groupes thérapeutiques pour les familles, un accompagnement à la réduction des risques et aussi social, centré sur le travail et les loisirs. La prise en charge par une équipe pluridisciplinaire formée en addictologie y est individuelle ou collective, gratuite et dans le respect de l'anonymat. La ville d'Aizenay dépend du CSAPA A.N.P.A.A 85.

- Le CSSRA Les METIVES (en lien avec l'EVEA) : il est orienté sur l'hospitalisation de jour, de semaine et complète. Celui-ci est établi sur les sites de La Roche-sur-Yon et des Sables-d'Olonne. La prise en charge est individuelle via des consultations avec une équipe pluridisciplinaire formée en addictologie ou collective grâce à divers outils thérapeutiques (artistiques, corporels, groupes de parole, remise en forme, groupe thérapeutique multifamilial).

- Le service d'addictologie du centre hospitalier de LA ROCHE-SUR-YON.

Après entretien avec les intervenants de ces structures, il semble que le contenu des prises en charge qui y sont effectuées soit **assez proche de celui d'un programme d'éducation thérapeutique**, même s'il n'en porte pas le nom. Toutefois, leur action est limitée par le **manque de praticiens disponibles** notamment médicaux, ainsi que le **délai pour obtenir une consultation** (environ 3 mois).



II. Matériel et méthode

II.1) La question de recherche

Il semble donc que la pratique d'une éducation thérapeutique pour l'accompagnement du patient en addictologie et en ambulatoire reste **marginale voire inexistante**, malgré la place centrale du médecin généraliste dans ces deux disciplines. Cette étude cherche à définir les besoins et les attentes du patient souffrant d'addiction à l'alcool afin de déterminer l'**intérêt et les modalités** d'un programme d'éducation thérapeutique en ambulatoire et pour des patients relevant du cabinet médical d'Aizenay ou de ses alentours.

II.2) Le lieu de l'étude : Pourquoi Aizenay et ses alentours ?

La maison de santé pluridisciplinaire d'Aizenay dans laquelle je remplace **applique déjà un programme d'éducation thérapeutique** à des patients souffrant de diabète (une dizaine de professionnels sont actuellement formés)(36) tandis qu'une infirmière **Asalée** réalise une éducation thérapeutique sur le tabac, les maladies cardiovasculaires, la BPCO, l'obésité et la mémoire. Par ailleurs, le programme fait l'objet d'une coopération pluridisciplinaire en intégrant notamment des médecins, des infirmières, une diététicienne. D'autres professionnels de santé sont susceptibles de s'y ajouter car des dentistes, des podologues et une psychologue occupent aussi les locaux.

En outre, j'ai pu constater au cours de ma pratique de remplaçant que de **nombreux patients** appartenant à la patientèle du cabinet souffrent de mésusage ou de dépendance à l'alcool. L'addiction est parfois découverte suite à une consultation pour troubles sexuels ou décompensation de pathologie chronique. Beaucoup nient la problématique de leur consommation ou en ignorent tout simplement les complications. D'autres reconnaissent trop consommer mais ne savent pas comment arrêter. Enfin, certains patients n'ont plus de suivi, du fait de **délais conséquents** pour consulter un addictologue ou ne peuvent plus se rendre sur les structures de La Roche-sur-Yon après s'être fait retirer le permis pour conduite en état d'ivresse. Enfin et à ma connaissance, il n'y a **pas de programme** d'ETP traitant de l'addiction à l'alcool en ambulatoire dans la région proche d'Aizenay.

La mise en place d'un programme d'accompagnement local sous forme d'ETP semble donc pertinente pour aider la patientèle du cabinet à agir sur sa consommation. De plus, celui-ci est susceptible de constituer une ressource pour les autres professionnels du secteur qui voient

régulièrement ce type de patient (kinésithérapeutes pour les troubles de l'équilibre, dentistes pour les lésions bucco-dentaires, infirmières qui se rendent au domicile...).

La question s'intitule donc : **Quels sont les besoins et attentes des patients souffrant d'addiction à l'alcool dans la perspective de l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique dans la maison de santé pluridisciplinaire d'Aizenay, en Vendée ?**

II.3) Type d'étude (37) (38)

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs. La grille d'entretien a été élaborée suite à l'analyse bibliographique et aux conseils de professionnels de santé (structures d'addictologie de La Roche-sur-Yon). Elle suit volontairement la **trame d'un diagnostic éducatif** car c'est de cette manière que l'on recherche les besoins, les attentes du patient au début d'un programme d'ETP.

Le caractère **qualitatif** de l'étude est en effet plus adapté qu'une étude quantitative car il permet la recherche des **causes et logiques guidant les comportements** des individus en santé, de même qu'il explore les **connaissances en santé** des individus. En cela, l'entretien semi-directif d'une étude qualitative **s'apparente au diagnostic éducatif**, première étape de l'éducation thérapeutique. En outre, le concept d'éducation thérapeutique est méconnu du grand public donc il est difficile de demander directement aux interrogés s'ils sont ou non intéressés par ce type de programme. Une analyse des besoins et attentes des patients apparaît donc comme une étape fondamentale pour savoir s'il est intéressant de les intégrer dans un tel programme. Enfin, le chercheur qui fait du quantitatif adopte une posture émiqque qui voit les personnes interrogées comme détentrices d'un savoir qui leur est spécifique du fait de leur vécu de la situation investiguée. Ce choix concorde avec l'ETP qui est **centrée sur les individus et personnalisée** suivant leur vécu de la maladie et leurs attentes.

Le caractère **semi-directif** de l'étude a été déterminé par élimination. Les entretiens libres sont peu utilisés en médecine et nécessitent une grande expérience de la part de l'investigateur pour ne pas faire de hors sujet. Les focus groups sont susceptibles de restreindre l'expression des sujets, les problématiques d'alcool étant parfois intimes et connotées socialement.

II.4) Conception de l'étude

Population nécessaire : Jusqu'à **saturation des données**.

Définition des critères d'inclusion : Il semblait intéressant d'inclure un **panel de patients représentatifs des patients souffrant de mésusage de l'alcool** et que l'on voit régulièrement

au cabinet : Patients diagnostiqués comme souffrant de mésusage à l'alcool par les médecins généralistes (suite à dépistage par questionnaire AUDIT-C, AUDIT ou DETA par exemple ou d'une autre manière) et qui n'ont pas de suivi / Patients pouvant faire l'objet d'un suivi post-cure ou d'une assistance rapide en cas de rechute et qui n'ont plus de suivi / patients suivis par un addictologue mais qui sont intéressés par un suivi parallèle / patients ayant rechuté faute de suivi et qui demandent de l'aide. Les patients doivent être **suivis au cabinet d'Aizenay**.

Définition des critères d'exclusion : Patients pour lesquels une cure de sevrage est prévue, déni total de la consommation d'alcool, troubles cognitifs sévères. (17)

Méthodologie : La grille d'entretien a été validée suite aux discussions réalisées avec des spécialistes en alcoologie à La Roche-Sur-Yon et avec l'IDE Asalée du cabinet. Ils ont été menés au cabinet médical d'Aizenay et enregistrés par dictaphone. Les patients ont été contactés par téléphone ou recrutés via une affiche (cf annexes). Leur **accord oral et écrit** été recueilli. Les entretiens ont ensuite été **retranscrits** littéralement (verbatim) et en intégralité afin de respecter la forme du discours du patient. La retranscription des mots a été complétée par le recueil des informations non verbales (interruptions en cours d'entretien, gestuelle...). Puis les entretiens ont été anonymisés. Une fois la retranscription achevée, les verbatim ont fait l'objet d'une première lecture verticale pour synthétiser les idées fortes de l'entretien. Une seconde lecture horizontale s'est efforcée de codifier les mots. Enfin, les entretiens ont été analysés ensemble les uns après les autres pour établir la **liste des thèmes et sous-thèmes** récurrents, communs ou divergents et regrouper les différentes unités codées qui transparaissaient selon une transversalité thématique. Ce codage a été réalisé manuellement et à l'aide du logiciel Nvivo®. Il a évolué grâce au recrutement de nouvelles données (démarche inductive ou par **théorisation ancrée**) et a fait l'objet d'une triangulation avec un autre chercheur sur 2 entretiens. **Une relecture du verbatim et du codage** a été proposée au patient. Le guide d'entretien a été réévalué après 2-3 entretiens pilotes.

II.5) Réalisation de l'étude

Une série de **16 entretiens** a été enregistrée sur dictaphone Sony® ICDPX370 du vendredi **04/01/2019** au lundi **01/04/2019** soit au total une durée d'entretien d'environ **11 heures et 09 minutes** pour des entretiens longs de 25 minutes 43 secondes à 1h02 minutes.

L'un des patients dont l'entretien avait été fixé **n'est jamais venu** malgré deux rappels téléphoniques à 15 jours d'intervalle.

III. Résultats

III.1) Le patient : ce qu'il est

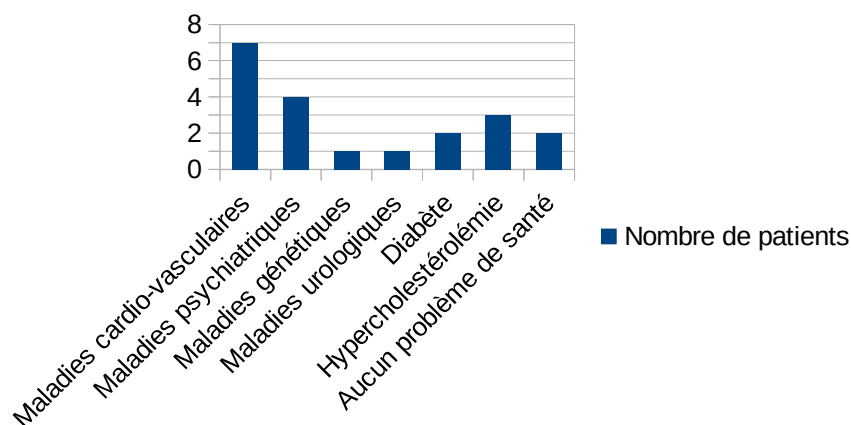
III.1.a) Caractéristiques socio-démographiques

La majorité des patients habite Aizenay (11/16). La plupart sont des hommes (12/16), sont actifs (11/16) et ne sont **pas sevrés** (12/16). Ils ont en majorité fait des **études de courte durée** (4 certificats d'études, 3 CAP, 1 BEP et un brevet des collèges, 2 bacs pros).

Patient	Age	Sexe	Ville de résidence	Situation de famille	Enfants	Niveau d'étude	Profession	Statut	Consommation
P1	71	Féminin	Aizenay	Marié	Oui	Certificat d'études	Aide-soignante	Retraitée	En cours
P2	71	Masculin	Aizenay	Marié	Oui	Certificat d'études	Menuisier	Retraité	Sevré
P3	72	Masculin	Aizenay	Marié	Oui	Ingénieur	Informatique entreprise	Retraité	En cours
P4	40	Masculin	Aizenay	Célibataire	Non	CAP	Livreur	Invalidité	En cours
P5	26	Masculin	Aizenay	Concubinage	Non	BTS	Comptabilité entreprise	Actif	En cours
P6	81	Masculin	Aizenay	Marié	Oui	Certificat d'études	Multiples	Retraité	En cours
P7	49	Féminin	Aizenay	Concubinage	Oui	BEP	AESH	Active	En cours
P8	42	Masculin	La Roche Sur Yon	Divorcé	Oui	Bac pro	Menuisier	Actif	En cours
P9	59	Masculin	Aizenay	Marié	Oui	CAP	Charcutier	Actif	En cours
P10	56	Féminin	Aizenay	Marié	Oui	Brevet des collèges	Fonctionnaire	Active	En cours
P11	50	Masculin	La Roche Sur Yon	Concubinage	Oui	CAP	Chef d'équipe chantier	Actif	Sevré
P12	54	Féminin	Aizenay	Marié	Oui	Bac pro	Assistante de direction	Active	Sevré
P13	47	Masculin	La Roche Sur Yon	Marié	Oui	BTS	Informaticien	Actif	Sevré
P14	78	Masculin	Aizenay	Marié	Oui	Certificat d'études	Travail dans un abattoir	Actif	En cours
P15	60	Masculin	Maché	Marié	Oui	CAP	Chauffeur poids lourd	Actif	En cours
P16	30	Masculin	La Chapelle Palluau	Marié	Oui	BTS	Commercial	Actif	En cours

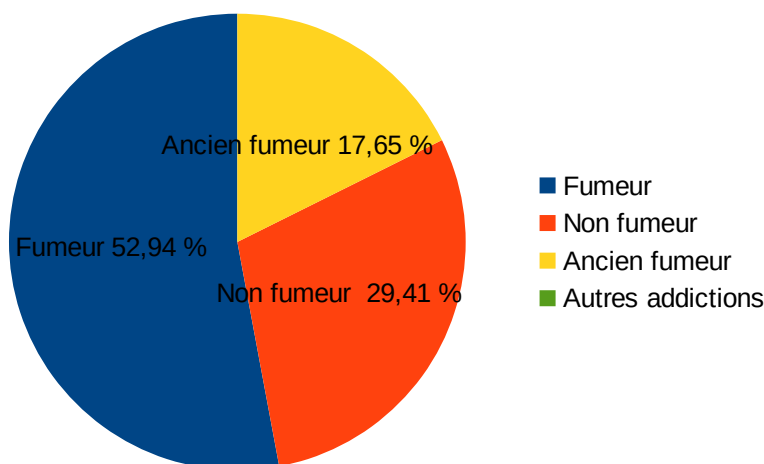
III.1.b) Les comorbidités

Les patients ont principalement des problèmes de santé **cardio-vasculaires** (hypertension artérielle et arythmie cardiaque) ainsi que des pathologies **psychiatriques** (dépression, anxiété traités ou non).



III.1.c) Les co-addictions

Plus de 50% des patients sont **fumeurs**. Ils fument en majorité des cigarettes (7/9 fumeurs) et plus rarement des roulées (2/9). Ceux qui ont arrêté de fumer mettent en avant la **peur pour la santé et l'aspect financier**. Aucun n'a d'autres addictions actuellement.



III.1.d) Entourage et loisirs

Dans l'ensemble, tous les patients sont **bien intégrés socialement**, ont un cercle familial et amical proche et susceptible de les soutenir. Les loisirs sont diversifiés, sportifs (marche, vélo, boules...), culturels (lecture, écriture, cuisine, télévision), mais aussi en lien avec le travail (bricolage, informatique) ou le milieu associatif (pour deux patients). Une minorité de patients reconnaissent pouvoir s'ennuyer et relie **une partie de leur consommation d'alcool à ce manque d'activité** (P4, P5).

III.2) Le patient : ce qu'il a

III.2.a) Son type de consommation

> Des alcools différents

Les **quantités sont très variables** d'un patient à l'autre et d'un jour à l'autre. Si l'usage de boissons à base d'alcool reste le dénominateur commun, chaque patient a ses préférences :

- Certains patients privilégient le **vin seul ou majoritaire**. Le rosé est souvent cité :
 - « Du vin à 11 degrés. Je dirais un litre par jour, ça reste toujours dans ces eaux-là. » (P1)
 - « 5 – 6 verres de rosé ou de blanc. » (P3), « 2 bouteilles de rosé. » (P8), « Du rosé. » (P7)

● D'autres ont l'habitude d'associer le **vin avec des alcools faibles**. La bière y prend une place prépondérante mais on retrouve aussi des cocktails comme le Martini® et le kir ou des liqueurs comme le guignolet, servis comme apéritifs :

- « *Ah là, ça tourne tant qu'assez, là. 7-8 verres par jour. Du rosé et de la bière.* » (P9)

- « *Bièrè ou vin.* » (P5)

- « *J'buvais de la bière, l'après-midi du vin ou du rosé. Bières, j'en tirais 10-12 par jour. Le vin à la maison, j'en descendais 2-3 litres à 12 degrés.* » (P2)

- « *De l'apéro. À cette époque-là, c'était surtout du martini, du guignolet, du porto, des trucs comme ça.* » (P10)

- « *Ah bé moi de toute façon, c'est du kir.* » pour P15 qui ajoute ensuite : « *Oh le vin cuit. Vin cuit ou un bon vin sucré, quoi, mais en apéritif.* »

- « *2-3 bières le week-end, ça fait on va dire 10 bières quoi, ça varie puisqu'il y a du vin.* » (P6)

Parmi ces patients, quelques-uns tiennent à préciser qu'ils ne sont **pas intéressés par les alcools forts** pour des raisons d'habitude ou de tolérance :

- « *Très très rarement de l'alcool fort.* » (P5)

- « *J'achète pas d'alcools forts.* » (P3)

- « *Je touchais pas au Ricard®, whisky, les trucs comme ça.* » (P2)

- « *Pas de l'alcool fort. J'peux pas supporter ni le Ricard® ni le whisky, ça, c'est... D'abord, ça me rend méchant. Donc c'est pour ça, j'en ai jamais pris.* » (P15)

● À l'inverse, la préférence va parfois aux **alcools forts, seuls ou majoritaires**, là aussi pour des raisons d'habitude ou pour que le taux d'alcool monte plus vite. Ce type de consommation se retrouve plutôt chez les sujets ayant une **forte dépendance** :

- « *Ricard®. 3 à 6 Ricard® par jour. Plus que le vin, par habitude de jeunesse.* » (P4)

- « *Vodka* » (P11)

- « *Alcool fort. Pour que la dose arrive plus vite, on va dire.* » (P13)

- « *c'est resté du whisky.* » (P12)

● **Le vin et les alcools forts** peuvent aussi être associés dans la journée, par exemple le vin pendant les repas et le whisky en dehors, lors des moments de détente par exemple :

- « *C'est-à-dire que j'prends ça de whisky et donc avant, c'était le double, avant le repas, midi et soir. Et puis un verre de vin de 10 cl par repas.* » (P7)

- « *Le midi ça sera toujours du vin, 2 verres, c'est tout, à table. Puis le soir après ça peut être 2-3 verres de vin puis 2-3 verres d'apéritif. Et puis l'apéritif, c'est du whisky.* » (P16)

- Certains patients ont une consommation qui change au cours du temps. Celle-ci accompagne parfois les **tentatives de réduction** :

- « *Avant c'était bière-whisky. Depuis 5-6 ans, j'ai vraiment arrêté tous les alcools forts. Donc maintenant, je me restreins à la bière et au vin. Je bois plus d'alcools forts.* » (P8)

- « *Un week-end, ça peut être, allez, deux portos.* » chez P12 qui un peu plus d'un an auparavant consommait encore « *sept doses-bar de whisky par jour.* »

Elle peut aussi s'intensifier **au gré des événements de vie**, menant peu à peu à la dépendance.

« *Si c'est à la fin, je buvais une bouteille de whisky par jour. Avant c'était allez... 7-8 bières par jour, depuis l'âge de 21-22 ans on va dire.* » (P13)

> Des habitudes de consommation différentes

Outre la nature de l'alcool, la vitesse et la fréquence à laquelle celui-ci est consommé varient énormément d'un patient à l'autre selon le **niveau de dépendance et les circonstances**.

- Des consommations **quotidiennes** :

- « *Pratiquement tous les jours.* » (P1)

- « *Quand je consommais régulièrement, disons tous les jours* » (P7)

- Des consommations **épisodiques** mais **importantes**, parfois liées à un mal-être ou bien festives (consommation de week-end) :

- « *Actuellement c'est... jamais sauf hier soir.* » (P7)

- « *J'étais bourrée... pas tous les jours.* » (P10)

- « *Pas en semaine mais c'est le week-end surtout. Tout ça, ça dépend des fois. Comme je vous dis, y'a des fois où je vais monter à 10 ou 15.* » (P15)

- Des consommations **très brèves**, sur quelques heures, qui font souvent suite à une sensation de **craving** : « *Ça durait une heure. Et dans cette heure, j'en buvais 4 ou 5. Et c'était commencé dès le matin. Le matin, j'en buvais 2 ou 3.* » (P4)

- Des consommations **quotidiennes** et plutôt le soir, **au retour du travail**, pour se détendre :

« *Quand je débauche, j'aime bien avoir mon petit verre tranquille. Et ben quand je débauche, vers 4h et demi - 5h.* » (P9)

- Des consommations **matinales**, lorsque le reste de la famille est absent et que le patient se retrouve **seul**. Il existe alors souvent un sentiment de honte :

« Après la naissance des jumeaux, là, tout le monde était parti à l'école, je prenais dès le matin. » (P10)

> Une consommation qui évolue au cours du temps

- Souvent, les patients ont commencé à **boire précocement** lorsqu'ils étaient jeunes, c'est à dire moins de vingt ans, avec des amis ou des camarades, à l'époque où ils étaient au lycée, à l'armée voire au séminaire. Il y a une envie de "faire comme les autres", d'être initié, parfois aussi de transgresser les règles :

- « Et donc c'est là, dès 15-16 ans, tu prends un p'tit verre » (P1)

- « 20 ans, à l'armée. Service militaire à Tahiti. On avait tendance à boire avec le perroquet, menthe-Ricard®. » (P6)

- « Ah bah j'avais 14 ans. J'me souviens de la première fois que j'ai bu, c'est sûr. Ah bah j'étais au séminaire, j'me rappelle, on était à Mesnard-la-Barotière, on avait fait une sortie, on s'était échappé et j'avais bu 3-4 rosés, j'étais pas bien (rire). J'sais pas pourquoi on a fait ça. » (P9)

- Les premiers verres peuvent accompagner les **premières cigarettes**. C'est ainsi que naissent des **co-addictions** :

- « J'ai commencé à boire à 16 ans. J'étais au lycée et à mes moments de libre, j'allais au bistrot. Ça commençait par des cafés parce que j'avais du temps à perdre. C'est à ce moment-là que j'ai commencé à fumer. Il y avait beaucoup d'anciens qui prenaient une bière, un whisky... Un jour, je me suis pris une bière puis je retournais en cours. » (P5)

- « Mais le gros départ, ça a été au service militaire, comme le tabac. » (P2)

- Lorsque la consommation débute à l'adolescence, elle reste **modérée**. Puis survient un **évènement difficile**, un "coup dur" qui va plonger le patient dans l'addiction :

- « 17 ans, comme tous les jeunes. Et après j'ai vraiment commencé à boire intensément on va dire, à partir de 25-26 ans, quoi, suite à une séparation de la mère de ma fille. C'était pas prévu au programme, j'étais jeune, j'étais pas près... Là, j'ai enclenché une phase de dépression. Avant, c'était convivial, festif et après, c'est là que c'est devenu une addiction pour évacuer les soucis. Je buvais beaucoup, peut-être un litre de whisky, jusqu'à un litre de whisky le soir. » (P8)

- « Ben... 17, 19-20 ans. Mais j'ai commencé vraiment à boire toute seule après la naissance de ma fille à 28 ans. Ça a vraiment été le truc déclencheur. Les jumeaux sont nés au mois de

décembre et mon papa est décédé 3 mois après. Donc là ça a été très compliqué. Ça a aggravé la situation. » (P10)

- « Parce que moi j'suis devenu alcoolique suite à un évènement, un patron qui a voulu abuser de moi. Avant c'était que pendant les soirées, festif. » (P7)

> Des motifs de consommation différents

La consommation a ses déterminants. Les patients disent boire :

● Par **habitude**, car ils ont toujours fait de cette manière. C'est en quelque sorte un rituel :

- « Ça devient une habitude, je pense. À Royan, les gens me demandaient "pourquoi tu bois ?" Moi j'ai dit "c'est une question à laquelle je peux pas répondre". Non, c'était une habitude. » (P2)

- « Moi j'dirais par habitude. C'est pas pour le stress ou pour autre chose. » (P9)

- « Ben si, pour moi c'est un rituel. Aller chez les mêmes personnes qui se voient entre elles et cetera. On est quelques-uns à se voir régulièrement. » (P16)

● Pour se **détendre** :

- « J'prends l'apéro parce que c'est notre moyen de détente. » (P6)

- « Donc ce matin, j'avais envie de boire pour me détendre. » (P5)

● Par **convivialité**, en famille ou entre amis. C'est l'aspect social de l'alcool :

- « C'est de la convivialité, un moment de détente avant de manger parce qu'on a pas la bouche pleine donc on peut déjà discuter plus facilement. » (P6)

- « Y'a ce côté très convivial où on est amené à trinquer, moi c'est un truc que j'aime » (P1)

- « Souvent, j'avais au troquet pour l'aspect social, rencontrer des gens, parler de la vie de chacun, des expériences. Les personnes qui sont au bistro, qu'ils boivent ou pas, m'apportent quelque chose, partagent une petite parcelle de ma vie et moi je partage une parcelle de la leur. » (P5)

La **compétition** avec les autres peut entraîner une surenchère de la consommation:

- « À celui-là qu'en prenait le plus. Mon record, c'était 18 canettes de 33 cl. » (P2)

- « Et après ce qui se fait beaucoup en Vendée, je sais pas si ça se fait beaucoup ailleurs, on se fait notre... on appelle ça la bibine. On compare les uns sur les autres, on compare qui est le meilleur par exemple. C'est histoire de dire : "le mien est meilleur que l'autre." » (P14)

Il y a aussi la **peur de paraître ridicule** si on ne boit pas : « Avant je fréquentais beaucoup les bars donc bah voilà, fallait faire un peu comme les copains, voilà. » (P13) ou « Tu bois de

l'eau avec eux, tout de suite c'est, enfin, non c'est pas la risée mais ils diraient : comment ça se fait que tu veux pas ? Un petit peu le regard des autres, oui. » (P15)

- Dans un **moment de souffrance** ou de **surcharge émotionnelle** non géré :

- « *y'a parfois des besoins plus importants quand je suis pas bien, en colère. » (P1)*
- « *Ça vient de la tête, d'un mal être en soi. Peut-être même d'une frustration qu'on arrive pas à régler seul. » (P5)*

- Pour **oublier ses problèmes** de santé ou personnels :

- « *Pour soulager les douleurs, physiques et psychiques, changer les idées. » (P4)*
- « *Oublier. Mais quand on se réveille le matin, c'est encore là. » (P7)*
- « *On oublie un peu ses problèmes. » (P1)*

> Une consommation influencée par de multiples facteurs

Suivant leur nature, différents facteurs jouent sur la consommation. Certains la stimulent ou l'aggravent. D'autres sont plus protecteurs et la diminuent. Quelques-uns enfin, comme l'entourage et le travail, sont ambivalents, tout à tour aggravants ou protecteurs.

- L'influence de l'entourage

La famille :

- Certains patients citent l'influence volontaire ou non de leur **famille**. Il est assez fréquent de retrouver des consommateurs dans l'**arbre généalogique**. Souvent, c'est le père qui boit :

- « *Mon grand-père est mort d'une cirrhose alcoolique. Quand j'suis à la maison, j'me rends compte que mon père aussi, boit. » (P4)*
- « *En fin de compte, mon histoire avec l'alcool, bon ben j'avais un papa qu'était alcoolique. » ; « J'avais tous les défauts : maman fumait, mon père buvait... » (P10)*
- « *Mon père. Ma mère l'a quitté à cause de l'alcool. C'était la guerre ! » (P3)*
- « *Papa a eu des gros problèmes. Disons, la croix d'or d'Aizenay, c'est maman qui a géré un peu ça. Lui au moins, il a arrêté à 45-50 ans et ça fait 30 ans qu'il boit plus une goutte.» (P9)*

- P5 et P8 parlent même de **culture familiale** :

- « *Mon père buvait. C'est culturel. » (P5)*
- « *Pour eux ce n'est pas de l'alcoolisme mais c'est ancestral. Ma mère, à 7 ans, elle partait à l'école, ils avaient dans leur sac une petite bouteille coupée avec de l'eau, c'était culturel. »*

- Les fêtes ou **les réunions familiales** sont l'occasion d'initier les enfants. Le climat y est favorable, mêlant convivialité, banalisation de l'alcool, tradition...

- « *Quand il y avait du monde à la maison, j'ai commencé par des petites doses d'anis, de Ricard®. C'était ma mère qui faisait comme ça.* » (P4)

- « *Même moi dans les années 80, il y avait des tantes qui nous offraient des verres de cassis. Pour eux, l'alcool, c'était pas dangereux du tout. Ça faisait partie d'un climat convivial, familial : apéro, vin à table... Voilà.* » (P8)

- « *Mon père avait des vignes, mes parents étaient conviviaux et tout le monde s'arrêtait. C'était la maison du bon dieu un petit peu. Les hommes allaient à la cave et puis les femmes avaient l'habitude de les rejoindre, on apportait des petits gâteaux, tout ça, et tout le monde était d'accord pour profiter des discussions.* » (P1)

- Le patient P6 boit quant à lui en partie pour **se rapprocher de sa femme**, atteinte d'une maladie neurologique grave : « *Ça nous rapproche avec ma femme. On va boire notre verre en grignotant des noix de cajou ou des saloperies quelconques. Je trouve que c'est un moment agréable dans la journée. Généralement, ma femme est très détendue à ce moment là. Là, on est face à face et on se voit.* »

- Pour finir, des patients consomment suite aux **difficultés relationnelles** qui surviennent au sein même de leur famille :

- « *j'ai toujours eu des problèmes avec mon fils aîné* » (P1)

- « *je peux aller de trois bières à une quinzaine quand le moral va pas. Ça arrive de moins en moins car je me suis éloigné de ma famille.* » (P5)

Les amis :

- Ce sont souvent les **amis du lycée** qui ont accompagné les débuts de la consommation :

- « *Euh, avant que je connaisse mon mari, on se rejoignait, toute une bande là, au café, donc c'était des cognacs aux amandes, on en prenait 3 ou 4 donc on était déjà bien... Mais ça restait que le week-end. Je buvais pas la semaine.* » (P10)

- Il y a aussi les **copains de boisson**, ravis de se retrouver autour d'un bon verre mais qui disparaissent une fois le patient sevré :

- « *Et puis voir du monde que pour consommer. Les gens qui viennent exprès pour consommer.* » (P4)

- « Ben à mon avis c'était pour ça. Quand j'allais chez eux, c'était pareil : on discutait et on buvait un coup. Quand j'ai arrêté, ben, y'a plus personne qui venait. Donc la preuve qu'ils venaient à la maison pour prendre un verre, c'est tout. » (P9)

Les voisins :

- Les **voisins**, de par leur proximité géographique, incitent le patient à consommer. Ils exercent une certaine pression sociale sur le patient qui se voit obligé de leur servir à boire :
« Des voisins sont venus. Ils sont pas partis avant que je leur ai offert à boire. » (P3)

● L'influence du travail que ce soit par le biais...

- ... du **patron** dont il faut suivre l'exemple :

- « Euh euh, j'étais dans les travaux publics. À l'époque, c'était resto, bouffe, inviter les clients et j'avais un patron alcoolique aussi. Donc j'ai baigné dedans. » (P11)

- « C'est après, c'est au travail. En plus, j'ai un patron qui m'a entraîné là-dedans. » (P11)

- ... des **clients** auxquels on n'ose pas refuser :

- « Au travail, j'ai commencé par boire du Perrier®. Et puis un jour au travail, les clients me proposent du vin, alors on en prend un, puis deux... En dix minutes, on boit entre trois et cinq verres. Après, les anciens aimaient bien fêter leur anniversaire. » (P4)

- « N'importe quel client chez lequel on allait, même maintenant en menuiserie quand on va bosser chez quelqu'un, enfin ça dépend de quelle région aussi. » (P8)

- ... d'une consommation considérée comme **la norme au sein même de l'usine** :

- « il y avait des cubis au travail, des litres de bière. Quatre-vingts pour cent des gens qui sortaient de l'usine auraient pu être contrôlés positif à la sortie. » (P9)

- « Ah j'aurais pu avoir de gros problèmes au boulot, ça c'est sûr. On buvait au travail un moment de temps. Oh là là, il aurait pas fallu (rire). Quand ils ont interdit l'alcool au travail, au contraire, je me suis dit ouh là, ça sera très bien comme ça. » (P9)

- ... ou tout simplement du **stress engendré par les responsabilités** :

- « En fin de compte, mon boulot est très prenant, j'ai quand même cinquante personnes à m'occuper et par moment il y a eu des pétages de câble, fatigue... problèmes aussi de famille. Mais ça peut aussi être dans l'autre sens. Tout va bien, mais on se dit que tout va tellement bien que tiens, je reprends une petite bière, je vais assumer. Mais moi je sais que si je reprends, c'est même pas la peine. Pour moi, je sais que c'est zéro. » (P11)

- « Je prends un exemple, au boulot je suis capable de prendre, vous savez, une petite fiasque de vodka, de la boire, ça fait 25 cl, et de m'arrêter là. Ça me détendait... Non ça ne me détendait pas, ça me mettait plus dans le stress qu'autre chose. » (P11)

Des patients éprouvent d'ailleurs le **besoin de se relaxer** suite à une journée de travail :

« Des fois, j'débauchais et j'avais qu'une chose qui me passait par la tête, prendre un verre. C'était dingue. » (P9)

- Le fait de **travailler en contact direct avec l'alcool** notamment pour les patients à risque de rechute : « J'connais deux jeunes qui tiennent le bistrot et qui sont sevrés, ça doit être dur de voir tout cet alcool passer devant eux. » (P6)

- À l'inverse, avoir un travail est aussi un **facteur protecteur**, car le patient ne souhaite pas risquer d'avoir un **accident de travail** : « Après quand j'étais menuisier, ça a diminué. Fallait que je fasse attention avec les machines. Le boulot m'aidait à diminuer l'alcool. » (P8)

Il permet aussi de trouver un **sens à sa vie**. Avoir un emploi est alors un bien précieux qu'il ne faut pas perdre :

- « Mon boulot me plaît et je veux tellement bien faire que je reste longtemps. J'angoisse de partir avec la sensation du travail pas accompli. » (P5)

- « Au boulot, il y a un chef qui m'a fait une remarque. Ça, ça m'a travaillé. » (P10)

Chez P7, on retrouve un caractère **responsabilisant** du travail : « Bah pas pouvoir aller travailler le matin. Ce matin par exemple. L'année dernière, ça m'est peut-être arrivé une fois. C'est une motivation à arrêter, pour les enfants dont je m'occupe. »

● Le climat vendéen

- P8 évoque un **climat social favorable** : « Bah en Vendée effectivement, c'est un climat... Socialement en Vendée, c'est prépondérant l'alcool. » Il va même plus loin et parle de la campagne vendéenne, **semblable à d'autres régions en France** : « Ça a rien à voir avec les villes. C'est comme le Morbihan, la Bretagne, il y a des coins... »

- « Après j'ai ma famille, je les adore mais ils sont de purs Vendéens. » (P11)

- « Nous en Vendée, c'est très... C'est pas un mythe mais malheureusement on reçoit les gens avec un verre tout le temps. C'est vrai que j'ai de la famille qui vient de Haute-Savoie ou d'Auvergne, ils pense pas comme nous, enfin ils hallucinent. » (P16)

De fait, déménager en Vendée incite parfois à modifier ses habitudes de consommation, comme le dit P3 : « *J'habitais dans la région parisienne. C'était pas comme ça ailleurs, non pas du tout. Avant d'arriver en Vendée, j'en buvais pas du tout, j'en buvais très peu.* »

● Les difficultés personnelles

P7 replonge en cas de **difficultés financières** : « *Là, je reconsomme en début de mois parce que je sais pas comment je vais finir le mois.* » ; « *Je consomme quand il y des mauvaises nouvelles... financières, quand j'ai l'impression que je ne vais plus m'en sortir. Ah non, c'est pas évident du tout. J'ai pas mille euros par mois.* » mais aussi de **problèmes familiaux** : « *Ce qui m'a fait rechuter, c'est une dispute entre mes deux enfants, le jour de mes 45 ans.* » Quant à P4, il explique: « *J'ai repris car ma mère est à l'hôpital.* »

● L'alcool pour tromper l'ennui

L'hiver est une saison propice à la consommation, quand il n'y a rien d'autre à faire, surtout chez les patients qui aiment les activités de plein air.

- « *J'ai plus tendance à consommer l'hiver. On a moins envie de bouger... Le moral est moins bon.* » (P7)

- « *Peut-être plus le soir, lors des saisons d'hiver qu'on rentre plus facilement dans l'alcool, qu'on se sent seul.* » (P4)

● L'attrait des médias

Ils agissent notamment par l'intermédiaire des **publicités** :

« *Quand vous regardez les informations à la TV, c'est là que faut pas voir quelqu'un qui boit. Ça donne envie. Faut pas boire d'alcool et ils montrent de l'alcool à la TV, aux fêtes, au réveillon... Ils font de la pub, ça incite aussi à acheter.* » (P4)

● Les stimuli sensoriels

● Les stimuli **visuels** via les formes et les couleurs des bouteilles... :

« *C'est une tentation, comme les paquets de tabac avec leurs différentes couleurs, ça donne envie. La forme, le marketing, les couleurs des bouteilles... C'est un petit peu comme la cigarette, avec le cendrier. Avec l'alcool, le placard à alcool, par exemple. Ou le fait de voir les bouteilles dans un bar. Rien que ça.* » dit P5 qui ne sait pas résister à l'envie,

contrairement à P9 : « Ah bé il y a des bouteilles sur la table qui restent plusieurs jours ouvertes... Non, non, ça ne me dérange pas. »

- Les **odeurs** incitent à consommer, quel que soit le goût de l'alcool :

« Bien sûr, il y a les odeurs aussi. Certains alcools comme le rhum orangé. J'ai horreur de ça mais ça sent très bon. » (P5)

III.2.b) Son parcours de soin

> Le traitement médicamenteux, une efficacité mitigée

- Parmi les patients traités actuellement, les traitements majoritairement prescrits sont le **Selincro®** (P1, P11, P15), les benzodiazépines comme le **Seresta®** (P4, P11). D'autres patients n'ont plus de traitement après avoir utilisé l'**Espéral®** (P10). P2 a bénéficié quant à lui d'un traitement par **injections** : « Ils m'ont fait mon sevrage à Royan avec les piqûres chauffantes. Des piqûres qu'on fait dans les fesses. Vous avez tout l'arrière-train puis le corps, ça le chauffe. C'est un genre de sevrage. Pendant une semaine. »

- Les traitements médicamenteux ont une **efficacité relative** et semblent ne **pas suffire à eux tous seuls** d'où parfois un certain scepticisme :

- « Avec l'Espéral®, je pouvais boire avec, ça ne me faisait rien. » (P10)

- « Le comprimé, il aide, mais ça fait pas tout non plus » ; « L'efficacité des traitements ? J'y crois pas trop. » (P1)

- « Comme le dernier, le Selincro®, au départ ça marchait très bien puis au bout de 15 jours, j'sais pas, ça devait plus faire effet. Au départ, j'étais content. Je me disais, tiens, c'est impeccable. » (P9)

- Leur efficacité est **conditionnée par la motivation** du patient :

- « Mais j'vois pas l'intérêt de commencer parce que quand on a pas le déclic pour faire, que ça suive. » (P14)

- « Enfin faut que ça marche dans la tête avant. Faut avoir la volonté d'abord. Si on a pas l'envie d'arrêter, à mon avis, on aura beau prendre n'importe quoi, ça marchera pas. Enfin, c'est mon point de vue. » (P9)

- Il y a même une certaine **méfiance** vis-à-vis du traitement médicamenteux, amenant parfois à l'arrêter :

- « *Bien que je sois pas pour les traitements médicamenteux de l'alcool ou de la cigarette.* » (P5)

- « *Ouais. J'en ai pris un ou deux et puis après c'était fini.* » (P2)

- De plus, une utilisation prolongée peut **faire passer d'une dépendance à une autre**, comme l'a vécu P8. Celui-ci ne souhaite donc plus prendre de médicaments : « *Il y a 5 ans, il y a eu une aide médicamenteuse. C'était du Seresta® et il y avait autre chose, mais c'était principalement du Seresta®. Je me suis rendu compte que je devenais dépendant à ça et du coup ça m'a pas plu du tout. Alors effectivement je prenais pas d'alcool mais je prenais ce cachet-là...* » et « *ça me mettait encore plus mal que l'alcool en fait. Depuis ce temps-là, j'ai pas repris un seul médicament.* »

- Le traitement reste toutefois important pour **éviter les complications physiques d'un sevrage** : « *C'est bien parce que je sais que pas faire de sevrage avec une personne qui picole beaucoup et qui se bloque de l'alcool net comme ça, euh c'est pas bon, c'est très mauvais. La personne peut très bien réagir correctement ou faire des crises.* » (P2)

- Il a aussi un **caractère rassurant** : « *Au départ médicaments et suivi. Il faut des médicaments. Pour moi, je me disais, j'ai mon traitement, je peux pas boire.* » (P10)

- S'il reste une pierre angulaire du traitement, il doit être associé à **un suivi régulier** du patient : « *Baclofène®. Mais ça, c'est quand j'ai fait ma rechute il y a 3 ans. Mais il faut autre chose. Il faut être suivi.* » (P10)

> Le traitement non médicamenteux, une alternative

Pas toujours aidés par les médicaments, des patients ont bénéficié de **techniques non médicamenteuses**, de par leur propre initiative ou à l'occasion d'une cure. Pour certains, elles ont plutôt bien fonctionné. Pour d'autres, la tentative n'a pas été couronnée de succès :

- **L'hypnose** :

- « *Ben comme ma femme, faut voir un... un... un hypnotiseur.* » (P9)

- « *Je suis allée il y a 2 ans voir un... hypnothérapeute. Il fait la cigarette, l'alcool, il fait plein de choses. Ça fait un prix, ça fait 60 euros donc c'est pas... franchement...* » me confie P10, tout d'abord un peu freinée par le prix de la consultation mais qui me fait savoir que cette technique a très bien fonctionné sur elle.

- « Alors j'ai été dégoûté du whisky. On m'a fait une hypnose sur le whisky et je suis dégoûté à vie. » (P11)

- Outre l'hypnose, P8 a tenté l'**acupuncture** mais sans succès: « Moi j'ai essayé l'acupuncture, l'hypnose dans une clinique nantaise mais euh non, j'étais pas réceptif. »

• **La programmation neuro-linguistique (PNL)**: « J'ai fait de la PNL à Royan, c'est génial. Mais faut le pratiquer. Et euh, je pourrais vous fournir si ça peut vous intéresser, j'ai tout un cahier sur mon premier séjour, sur toutes les techniques de PNL et sur tout ce que j'ai ressenti par rapport à ça. C'est vraiment intéressant parce que c'est vraiment une autre technique d'approche. Si c'est bien pratiqué, ça permet quand même d'éliminer pas mal de stress par rapport à l'alcool. » (P11)

• **La radiesthésie**, efficace pour P12 sans qu'elle sache vraiment pourquoi: « J'en sais rien. Il est derrière moi et puis au bout d'un moment il met ses mains comme ça sur euh, sur le foie et puis après il intervient sur la tête et puis voilà. Après c'est peut-être placebo, j'en sais rien, je sais pas mais le fait est que ça a marché. Donc je m'en fous de savoir que ça soit ça ou autre chose, ça a marché. Il faut dire que j'avais arrêté 3 jours avant. » (P12)

> La place du médecin généraliste

En cas de difficultés avec l'alcool, les patients s'adressent **en priorité à leur médecin généraliste**, à « leur docteur, à leur toubib. » (P7), « mon médecin traitant. » (P1)(P9), souvent en première place devant l'addictologue: « Ben au départ mon médecin traitant. Puis l'addictologue. » (P9)

Ses fonctions sont **multiples**: information sur les complications de l'alcool, prescription des médicaments, orientation vers des spécialistes, suivi...: « En orientant vers un psychiatre, un psychologue. En apportant des explications sur les dangers, les cachets médicamenteux ou un suivi psychologique plus intense. » (P5)

De par sa **connaissance du patient** et le **lien de confiance** instauré, le médecin généraliste occupe une place centrale pour limiter le risque de rechute et **assurer le suivi**:

- « Ben moi c'est mon médecin généraliste. Parce qu'elle me suit depuis des années, le suivi. Et j'ai pas de tabou avec elle. Quand je sens que je vais replonger, je la contacte. Il y a un lien de confiance. » (P7)

- « On peut aussi en parler à notre médecin généraliste, si on a confiance. » (P5)

- « Mon médecin généraliste. Je sais qu'avec lui, je peux en parler librement, y'a aucun souci là-dessus. Ouais, une relation de confiance. C'est hyper important pour un alcoolique de pouvoir en parler, de se lâcher, de ne pas être jugé. » (P11)

- « C'est lui qui connaît le mieux la personne pour moi. L'addictologue, il me suit qu'au niveau de l'alcool. Le généraliste, il s'occupe plus de la famille, du patient que l'addictologue. » (P13)

> La prise en charge spécialisée : l'addictologue et la cure de sevrage

- Globalement, les CSAPA sont peu connus, sauf de patients qui y sont déjà allés (P4, 9,10).

- Une bonne partie des patients a été suivie par un **addictologue** en libéral (P1, P8, P12, P13) avec un succès **mitigé** : « Sur le coup, pendant un an, ça a été efficace. » (P9), « Ça a bien fonctionné... Oui et non » (P1), « J'ai vu un addictologue réputé qui n'était pas forcément d'une aide essentielle. » (P8). P13 garde un lien avec son addictologue car il joue un rôle de soutien : La seule question qu'il me pose : comment ça va ? Je lui réponds : ça va très bien. »

- Le parcours de soins du patient débute souvent chez l'**addictologue** pour se poursuivre ensuite en hospitalisation pour une **cure de sevrage** :

- « J'ai été aidée par un addictologue en libéral pendant quelque temps à La Roche. J'ai fait plusieurs cures à Luçon, deux ou trois, trois j'en crois. Et puis j'ai fait 4 semaines à Royan et 2 mois aux Sables-d'Olonne. Ah oui, ça m'a beaucoup aidé. » pour P7 chez qui la démarche a été efficace.

- « L'addictologue puis j'ai été à Luçon. Sur le coup, pendant un an, ça a été efficace. Je regrette pas en tout cas. Ça a permis de remettre les choses au point. » (P9)

La cure a donc toute sa place. Elle est **nécessaire et bénéfique** au patient :

- « il faut une cure. » insiste P7.

- P11 insiste sur le **suivi psychologique** réalisé pendant la cure car il lui a permis de faire disparaître ses angoisses : « Très satisfait de Royan, du suivi. C'est très dur mais c'est vraiment le suivi psychologique tous les jours, tous les jours, tous les jours. Là, je suis beaucoup plus armé. Je bois plus une goutte. Intellectuellement, ça va beaucoup mieux, j'ai plus d'angoisses. »

Toutefois, la cure a n'a qu'une **efficacité transitoire** et ne dispense pas d'un suivi, comme le souligne le patient P4, actuellement en rechute : « La cure, c'est bien beau, ça vous soulage 5-6 mois... J'ai arrêté 3-6 mois grâce à Guérande. Là-bas, ils m'avaient prévenu que les gens

qui sont là, ils tiennent pas. Aux ateliers, il y avait des personnes, ça faisait 3 ou 4 fois qu'ils retournaient. »

> L'importance du suivi

- Le suivi est **fondamental** car le patient doit se sentir soutenu. Il peut se faire à l'occasion du renouvellement des médicaments, par exemple :

- « *Le suivi m'a aidé, car une personne dans l'alcool, s'en sortir toute seule, c'est très très très difficile.* » (P2)

- « *Euh, en l'occurrence le suivi, là, c'était plus pour les médicaments puis pour faire un point. Oui, le suivi est important.* » (P8)

- Il est en effet important pour le patient de **savoir à qui s'adresser en cas de coup dur**, qu'il n'ait pas le **sentiment d'être isolé**, sans soutien disponible :

- « *Si, mais il faut être suivi. Pour moi personnellement, c'est mieux. On se sent pas seul et puis s'il y a des choses qui se sont passées dans les 3 semaines-1 mois qui se sont écoulés, on peut en discuter.* » confie P10, patiente qui rechute.

- « *Oui, c'est compliqué de le faire seul. Quand des fois on a envie de craquer, on fait appel, ça peut sauver. Arrêter c'est facile. Là où c'est dangereux, c'est d'oublier et de se faire piéger. Et là on tombe dans une phase où on s'en veut, on s'en fout.* » (P8)

- Certains patients ont d'ailleurs **rechuté, faute de suivi** :

- « *Il n'y a pas eu de suivi. J'ai pas trop apprécié la rupture de suivi. Elle m'a carrément coupé. J'ai rechuté dans la suite. Là, ça fait pratiquement plus de 2 ans que je vois plus personne.* » (P4)

- « *Là actuellement, ce qu'il me manque, c'est un suivi et en parler, quoi.* » (P7)

Il semble en effet que les spécialistes **manquent de disponibilité** :

- « *Ce qui serait bien, c'est d'avoir un addictologue sur Aizenay, assez disponible.* » (P7)

- « *Il est surbooké. Y'a trop de patients.* » (P7)

- Il est préférable que le suivi soit **gratuit**, sinon le patient risque de ne pas y adhérer : « *Non, pas de suivi après. Enfin, on peut entrer dans un suivi, dans une association mais c'est payant donc moi...* » (P7)

- Le patient doit aussi pouvoir s’y rendre **en dehors de ses heures de travail** : *« Mais comme je travaillais et que c’est un mercredi, un jour où je travaille. Et c’est à La Roche-sur-Yon. Ça tombait les jours où je travaille donc je pouvais pas m’intégrer. » (P7)*

> Les associations, un lien après la cure

- Elles ont l’avantage pour le patient d’**assurer un suivi** après la sortie de cure, en parallèle à l’addictologue : *« J’étais en relation, bon, avec l’addictologue pendant 2 ans et demi et puis j’allais aux réunions d’alcool assistance à La Roche, euh, pendant 2 ans et demi aussi. J’y allais tous les mois. Et l’addictologue, j’y allais tous les mois. » (P2)*

- Elles permettent aussi au patient de lui **trouver un rôle**, de l’impliquer dans l’aide et à la prévention aux autres personnes, ce qui **participe à la guérison** : *« J’participe aux réunions sur l’alcool. On va dans les collèges aussi, pour de la sensibilisation, de la simulation d’accident avec les pompiers et tout. On prend classe par classe, alors on leur parle sur euh, les méfaits de l’alcool, sur euh, sur ce que ça peut engendrer sur le plan familial. » (P2)*

- Elles fournissent un **cadre d’écoute**, contribuent à **diminuer le sentiment de solitude** en réunissant les patients souffrant du même problème : *« L’association Vie Libre, sur Aizenay, ça, ça m’a aidé. Et De discuter, de parler avec des gens qui ont le même problème, qu’ont arrêté. » (P8)*

- On peut aussi y trouver des **personnes-ressources** : *« J’étais suivi pour l’alcool, ça, c’est clair. Par l’addictologue. Ça m’a aidé mais après je suis rentré dans une association, c’était Vaincre ensemble. On était tout un groupe, c’était des amis et tout et on avait pas besoin de se parler, lui (le monsieur de l’association) et moi. Dès qu’on se voyait, il y avait des réunions aux Chrysalides... on se regardait et on y allait tous les deux. Dès que j’avais un problème, j’allais le voir et il me boostait, quoi. Donc j’ai été abstinente pendant 10 ans. » et « Parce qu’en 2014, un ami de l’association est décédé. Et j’avais plus mon pilier. Donc voilà, ça c’était très dur. »* dit P10 qui confirme ensuite que voir quelqu’un régulièrement l’aidait.

- Enfin, les associations apportent un **supplément de motivation** : *« faut faire partie de la Croix d’Or, faut faire partie d’une association qui motive quand même, je pense. » (P14)*

- À l'inverse, certains patients ont été **décus par leur adhésion** à une association. P1 garde un mauvais souvenir du « *baratin des associations* ». Pour elle, l'adhésion ne l'a pas protégée d'une rechute : « *Je pense que c'est limité* ».

> Les proches et leur rôle de soutien

De par leur proximité avec le patient, ils jouent un **rôle fondamental** en assistant le patient lorsqu'il est en difficulté, à risque de rechute, en l'absence / en complément des soignants.

- « *J'ai eu de la chance d'avoir ma femme qui a toujours été super présente, qui me connaît, qui croit en moi. Surtout du côté de ma femme et de mes enfants.* » (P11)

- « *mon beau-frère, la famille. Oui,oui, ils m'ont très soutenu.* » (P2)

- « *Ma copine est un frein à ma consommation.* » (P5)

- « *l'entourage m'a aidé, la famille...* » (P8)

- « *Mais le jour où j'ai eu une faiblesse, bah bingo. Mais la rechute est hyper violente. Soit une grosse tuile, soit je suis complètement débordé, je suis en panique et je lâche tout. La pression, ouais. Après, avec ma femme, on a mis des choses en place. C'est tout con mais beaucoup plus de communication. Quand ça va pas, faut le dire. Ça évite de tourner en rond et que j'aille acheter une bouteille.* » (P11)

P12 est en cours de sevrage, bien aidée par la diminution concomitante de son conjoint : « *On a bu en même temps donc on a progressé en même temps. Moi je me suis arrêté, lui il continue mais beaucoup moins, euh il est passé de sept verres doses-bar à peut-être un verre et demi dose-bar.* »

III.3) Le patient : ce qu'il croit

> La substance alcool

- Certains patients ont un avis tranché, considèrent que l'alcool est **mauvais**, qu'il incarne le mal et qu'il ne peut en être autrement :

- « *Non, que du mal.* » dit P2, patient sevré qui pense avoir le recul nécessaire pour être convaincu de son assertion.

- « *C'est beaucoup plus mal que bien. J'dirais à 95%, c'est mal.* » (P8)

- « *De mal. De mal. De mal. De très mal même parce que ça peut aller très loin.* » (P11)

- « *Ben non. J'peux pas dire qu'il y a du bien.* » (P9)

L'alcool est surtout mauvais à cause de ses **conséquences sur la santé** :

- « *Mal. Parce que ça me détruit. Physique et moralement.* » énonce P7 sur un ton affirmatif.

- « *Bah, moi j'dirais que c'est quelque-chose de mal parce que ça peut pas apporter quelque-chose de bien. Et pour ma santé, disons pour ma santé, ça peut pas m'arranger, c'est sûr.* » (P8)

- D'autres nuancent ce propos. L'alcool n'est par forcément mauvais, du moment qu'il est consommé avec modération. La vision de l'alcool est alors **dose-dépendante**.

- « *rien n'est jamais bien ou mal non plus, tant que c'est fait avec parcimonie.* » (P4)

- « *C'est pas terrible à grosses quantités soit plus d'un litre par jour.* » (P3)

- « *Quand on en prend de temps en temps, bon c'est très bien. Tout le monde, j pense, boit de temps en temps, quoi. Après quand ça devient de trop, c'est trop. La personne qui boit un apéritif le week-end, pour moi je vois pas d'inconvénient. Après bon, faut savoir s'arrêter quand il faut.* » (P10)

- « *Bien non. Ça sera jamais bien l'alcool. Après, c'est pas mal non plus dans le sens où euh, tout est une question de dosage. Si on sait être raisonnable avec une consommation faible, ça reste non gênant.* » (P16)

Chez P8, on retrouve cette **dualité entre les côtés positifs** (convivialité, favoriser les relations sociales) **et négatifs** (violence verbale, perturber les relations sociales) de l'alcool même si le négatif reste dominant : « *Oui, le côté familial, festif, désinhiber les gens, voilà. Mais euh très peu de points positifs à retirer de l'alcool. Ça amène plus de... de colère, de bagarre, d'incompréhension.* »

Une drogue ou un médicament

L'alcool a plusieurs facettes. Il est apparenté à une **drogue**...

- ... dont l'**usage est autorisé par la loi** :

- « *j'ai envie de dire que c'est une drogue dure légale (rire). Dure parce que pour s'en débarrasser, c'est compliqué.* » (P5)

- « *Il y a beaucoup d'hypocrisie : "bah oui, c'est légal, c'est autorisé, ça fait partie des mœurs..."* » (P8)

- ... du **même niveau que les drogues illégales** : « *on est rapidement dépendant, ouais. C'est une drogue dure. J'assimile vraiment ça à une drogue dure. J'connais pas l'héroïne, j'connais pas la cocaïne mais pour moi, c'est de ce niveau là.* » (P8)

- ... ou comme certains médicaments parfois addictifs, principalement les **psychotropes** :

« Pour moi c'est une drogue comme certains médicaments, les anxiolytiques, les antidépresseurs, c'est des habitudes de consommation. » (P8)

L'alcool est d'ailleurs apparenté à un **médicament** et parfois même utilisé comme tel : *« C'est un bon psychotrope. » (P11)*

Un autre patient préfère parler de **thérapie** : *« L'alcool m'aide sur le stress. L'alcool, c'est pas un médicament mais plus une thérapie sur le long terme... un inhibiteur de stress. » (P5)*

On voit donc que le statut de l'alcool diffère fortement d'un patient à l'autre, passant de drogue à médicament suivant son pouvoir addictif ou anxiolytique.

Une substance ambivalente

L'alcool est un **faux ami** qui trahit le patient. Les effets de l'alcool sont **ambivalents**. Le patient attendait un effet bénéfique de sa consommation et ne peut que constater le revers de la médaille. Consommé pour **lutter contre le stress ou la dépression**, l'alcool ne fait en réalité que les aggraver et les patients en prennent conscience trop tard :

- *« Moi je pensais que ça me désinhibait et que j'étais beaucoup plus fort alors qu'en fait, c'était le sens inverse. C'est un faux ami, oui, oui, oui. » (P11)*

- *« Des fois c'est la dépression qui amène à l'alcool mais d'autres fois, c'est l'alcool qui mène à la dépression, j pense. » (P8)*

- *« Je prends un exemple, au boulot je suis capable de prendre, vous savez, une petite fiasque de vodka, de la boire, ça fait 25 cl, et de m'arrêter là. Ça me détendait... Non ça ne me détendait pas, ça me mettait plus dans le stress qu'autre chose. » (P11)*

- *« Grosse dépression. En plus, plus on est en dépression, plus on picole, plus on plonge. Ah, c'est un cercle vicieux. » (P11)*

- *« L'alcool soulage mais momentanément, quoi. » (P7)*

> La dépendance à l'alcool

La consommation d'alcool devient une **maladie quand on ne boit plus pour le plaisir** :

« Oui. C'est une maladie. Si là, admettons, je sais pas, ce week-end, j vais prendre une bière, je me dis que c'est agréable, j vais continuer et un moment donné, ça va être désagréable. Et là, j vais me dire quel con ! » affirme P11 en frappant dans sa main.

Être alcoolique :

Beaucoup de personnes dépendantes sont **des alcooliques qui s'ignorent** ou bien sont dans le **déni** : *« C'est quelqu'un qui ne pourra pas s'arrêter une semaine, quoi. Il y a beaucoup de gens dans mon entourage qui ne se sentent pas alcooliques mais je les mets au défi de s'arrêter de boire et ça se fera pas comme ça. » (P8)*

Les patients ont **pris conscience** d'être alcooliques, pour plusieurs raisons :

- On est dépendant / alcoolique quand **on est plus soi-même**, voire même un individu à double facettes pour sa famille : *« Et alors ils m'appelaient pas papa, ils m'appelaient, comme on dit toujours, « l'autre ». La famille, un alcoolique, ils l'appellent l'autre. C'est un étranger à la maison. Quelqu'un qui fout le bordel, qui devrait pas être là. » (P2)*

- On est dépendant / alcoolique quand **on ne peut pas remplacer l'alcool** par un autre produit, par exemple pour se désaltérer : *« Quand je jardine, si j'ai soif, j peux aller boire un verre d'eau ou n'importe quoi, j'suis pas obligé d'aller boire une bière ou euh, un rosé. Donc euh... J suppose que j'suis dépendant. Pourquoi aller boire une bière ou du rosé plutôt que de l'eau ? » (P9)*

- On est dépendant / alcoolique quand **on boit à n'importe quelle heure de la journée** y compris la nuit : *« Disons que quand j'ai rechuté, je me levais la nuit pour boire. Donc j'étais vraiment alcoolique, il me fallait vraiment ma dose. » (P8)*

- On est dépendant / alcoolique quand on en arrive à **boire seul** : *« Pour moi, c'est une personne qui ne peut absolument pas s'empêcher de boire pour X ou Y raison, qui en arrive à boire seul dans son coin. »* dixit P5. Ainsi, pour lutter contre sa dépendance : *« Je me bats pour ne pas boire seul. »*

- On est dépendant/ alcoolique quand on **ment** ou qu'on se **cache pour dissimuler ses consommations**. Le sentiment de honte engendre le mensonge :

- *« Parce qu'un alcoolique est un menteur de première classe (rire). À Royan, 90 pour cent des gens sont des menteurs. On se cache tout, on se voile la face... On vit dans le mensonge et ça coûte cher. » (P11)*

- *« Chez mes parents, j'ai pas dit, j'ai pas prévenu, j'avais réussi à prendre les clefs de ma maison, j'achetais mes bouteilles et je descendais à 3 heures – 3h30, j'disais que j'allais faire un tour puis j'allais boire du Ricard®. » (P4)*

- « Parce que si mes enfants savent que je boivent, mon compagnon, euh, ils m'accepteront plus. Là ils savent pas. » (P7)

Les mécanismes :

Pour les patients, la dépendance est née de la conjonction de facteurs génétiques ou congénitaux mais aussi environnementaux, liés à l'entourage ou à l'éducation par exemple.

Une origine familiale est possible :

● Via les gènes :

- « Moi, j crois que c'est dans les gènes. Avec papa, je crois. » (P9)

- « Après, est-ce qu'il y a des gènes, ça je sais pas. Mon papa était alcoolique. Mon grand-père était alcoolique. De toute façon quand on a fait le schéma de toute la famille avec des flèches rouges, putain celui-là il était alcoololo, il aime le whisky, à ben moi aussi. C'est un truc de malade... et qu'on ne pense pas. » (P11)

● La transmission est susceptible de se produire pendant la **grossesse** :

- « Le fait que ma maman aussi, n'a pas fait attention quand elle était enceinte. Elle a sûrement continué de boire pendant sa grossesse. Je sais pas s'il y a une influence pour la suite mais euh... j pense pas que ça aide non plus. » (P8)

- « Mais maman, si t'avais pas bu alors que t'étais enceinte, j'en serais p'tet pas là. » (P1)

● Elle est aussi éducationnelle, par l'**exemple montré par les adultes** à la maison:

- « Disons que je suis la petite dernière à qui on cache tout. Et comme il y avait ma grand-mère qui buvait avec mes parents, quoi, quand on était jeune fallait pas... Beaucoup de choses qu'à l'heure actuelle les gens voient... Donc il y a beaucoup beaucoup de choses qui se sont accumulées et je pense que si j'ai bu... ça a un rapport avec quand j'étais petite. »
murmure avec hésitation P10.

- « Mon père était agriculteur alors la cave... je le voyais souvent. C'était pas dix verres par jour, ça dépassait les vingt. Ah non non, j'ai vu ce que c'était. Bé ça, ça m'a marqué. » (P15)

Une origine environnementale :

La dépendance est liée à des **facteurs extrinsèques**, des difficultés inhérentes à l'environnement : « La dépendance, ça implique des histoires en dehors. » (P1)

Elle apparaît de manière progressive, tandis que l'individu est **encouragé par les autres**, sa famille ou ses amis à consommer : « L'entraînement avec les autres, peut-être. » (P2)

Une dépendance qui pose question :

D'autres ne peuvent s'empêcher de se **questionner sur les mécanismes** qui engendrent cette dépendance et expriment un **besoin de comprendre**, cherchent à appréhender le mal qui les ronge : « *Oui. Mais c'est vrai que c'est toujours la question : pourquoi je suis devenu alcoolique ? En fin de compte c'est la base : on va chercher pourquoi.* » (P11)

Ce questionnement est parfois nuancé par un **sentiment d'injustice** : « *Oui, pourquoi qu'on devient alcoolique ? Moi c'est ce que je me disais : mais pourquoi je bois ? Pourquoi moi ? C'est toujours ce pourquoi. Bon, maintenant, je me pose plus la question.* » (P10)

Pour les patients sevrés : une dépendance dont on ne peut pas guérir définitivement :

- « *On ne guérit jamais de l'alcool (ton affirmatif). Même après 20 ans d'abstinence, on guérit pas.* » (P2)

- « *En guérir, je ne pense pas. Je pense qu'on a toujours cette épée de Damoclès sur la tête. Qu c'est quelque-chose qui peut nous appeler à n'importe quel moment. On peut replonger, il faut être vigilant.* » (P12)

III.4) Le patient : ce qu'il sait

> Des sources de connaissances diverses

● Les soignants :

Médecin de premier recours, le médecin généraliste est un informateur accessible : « *La médecin généraliste aussi, elle m'a mis en garde.* » (P1). Mais d'autres problèmes de santé peuvent être au premier plan et le médecin généraliste n'a **pas toujours le temps ou la volonté** de parler alcool : « *Pas le médecin généraliste. On n'abordait pas le sujet. J'avais d'autres soucis.* » (P5)

Bien sûr, la rencontre des **autres soignants** est aussi l'occasion d'en apprendre plus :

- « *Ben j'avais fait à Luçon et tous les trucs.* » (P9)

- « *De l'addictologie. Et puis les réunions qu'on faisait tous les mois à l'association. Parce qu'on avait quand même des gens qui venaient d'un petit peu partout.* » (P10)

● Le patient lui-même : « *j'me renseigne quand même, je regarde le dictionnaire* » (P1)

- Les médias occupent une place importante, de par leur accessibilité, leur caractère pédagogique, voire captivant, ou leur effet volontairement choquant. Ils sont l'occasion pour le patient de découvrir de nouvelles voies thérapeutiques :

- « les médias. J'écoute surtout les spécialistes. Michel Cymes par exemple. J pense qu'il est assez précis, assez décontracté, j'écoute ce qu'il dit tous les matins. » (P6)

- « Les médias, la TV. Le magazine de la santé par exemple. Moi j'avais trouvé ça très bien, ils avaient fait une petite chronique sur l'alcool justement, une petite chronique de 5-7 minutes. » explique P12 qui s'informe aussi sur **internet**.

- « On voit à la télévision les accidents. Donc, les médias. » (P3)

- « J'ai vu sur un reportage à la TV qu'à Nantes, il testait un nouveau système par électrodes sur le cerveau. Je voulais me renseigner. Effectivement on n'a pas trop de recul, forcément c'est tout nouveau. Ça a apparemment des effets super bénéfiques sans trop d'effets secondaires. J'ai vu des gens témoigner, qui ont vécu le processus, en étaient vraiment satisfaits, qui justement avant avaient fait des démarches médicamenteuses ou autres, et là qui disaient y'a pas d'effets secondaires. Donc effectivement, je m'oriente aussi vers ça. » (P8)

> Des connaissances hétérogènes sur les complications liées à l'alcool

Les complications à court terme : Elles sont connues car déjà subies par les patients.

- Ce sont les **problèmes digestifs** qui dominent :

- « ennuis de diarrhées, de maux d'estomac » (P1)

- « Il peut y avoir les crises de foie, et tout ça. On peut avoir mal à l'estomac, des diarrhées aiguës, des vomissements, bien évidemment. » (P5)

- Les complications aiguës sont **parfois très graves**, notamment sur le plan neurologique : « L'alcool, ça fait dormir. J'ai fait un coma éthylique il y a une dizaine d'années. » (P4)

- Elles ne sont pas seulement physiques mais aussi **relationnelles** : « Je trouve que l'exagération mène à des exactions, des propos, on est peut-être amené à dire des propos qu'on a derrière la tête et qu'on a pas envie de dire. La perte de contrôle de soi, c'est pas bon. » (P6)

- P6 suppose qu'il **ne faut pas associer les alcools entre eux**, notamment un alcool faible avec un alcool fort, au risque d'en majorer les effets. Ils ne peuvent se mélanger, comme s'il y avait incompatibilité : « Jamais ensemble, jamais de mélange. Ça aggrave les effets. Vous

prenez de la bière et du pastis, vous êtes rétamé en peu de temps. Il me semble qu'il y a des composants qui se battent entre eux. Si j'bois de la bière, derrière, j'vais éviter du boire du whisky ou du pastis. »

Les complications à long terme : Encore une fois, beaucoup sont **connues car le patient en souffre** (prise de poids P1 et P7, impuissance P5, diabète P14, hypertension P1...). On aurait donc pu les retrouver dans la partie **biomédicale**, dans un paragraphe dédié aux complications secondaires à l'alcool. Elles font en outre partie de la partie projective / objectifs, en lien avec les **attentes du patient** concernant la baisse de l'alcool sur sa santé. Elles surviennent parfois, **faute de prévention ou d'information** (exemple de P7 et de l'état dentaire).

- Pour P3, l'alcool n'est pas le plus dangereux : *« Oui, mais beaucoup moins que le tabac. »*
- Les complications qui semblent évidentes sont les problèmes de **foie**. Cet organe est mentionné par presque tous les patients : *« Oui. Le foie. » (P10), « Sur le foie... Bah ça l'esquinte. » (P9), « Y'a le foie » (P11), « Y'a la crainte pour le foie. » (P1), « Ben, disons ça attaque le foie » (P2), « Le foie, la cirrhose. » (P3), « Après, sur le foie, j pense que ça peut agir. J'en suis même sûre, quand on a bu comme ça, le lendemain, on est barbouillé, on est pas top. » (P7), « Ça fait 70 ans ou presque que je bois, j'ai quand même un petit peu peur de la cirrhose. » (P1), « cirrhose » (P8)*

● Ensuite vient **la mémoire** :

- *« Comme un jeune euh, son cerveau est pas fini de former et tout, euh, ça peut jouer après, ensuite sur la mémoire, euh, précoce. » (P2), « la mémoire »* ajoute le P2 qui a par ailleurs parfois du mal à trouver ses mots pendant l'entretien.
- *« Y'a pas la mémoire ? » (P10)*
- *« peut-être que ça influe après quand même sur la mémoire ? » (P1)*
- *« Ce qu'il y a, c'est toujours ma tête. Je me souviens plus rien. » (P4)*

Mais aussi des complications...

- ... **cardio-vasculaires** : *« La circulation sanguine... Bah j pense que c'est ça qui fait qu'on gonfle. » (P7), « la tension, parce que je sens bien que si je baissais, la tension irait mieux. » (P1)*
- ... **neurologiques** : *« Le mal de crâne, ça peut provoquer des migraines. » (P5), « Le tremblement, ça fait peur aussi. » (P1), « Quand j'avais une consommation régulière, je souffrais de vertiges. » (P7)*

●... **rhumatologiques** : « *Au niveau musculaire, c'est pareil, ça lâche tout, ça donne de la faiblesse musculaire.* » (P2) « *Je sais que ça apporte des maladies, ce qu'on appelait la goutte.* » (P7)

●... **métaboliques** et notamment **diabétiques** : « *le sucre, le diabète* » (P11), « *Le diabète si puisque j'ai plus de traitement. Là, ça venait de l'alcool aussi.* » (P14)

●... sur le **poids**, surtout mentionné par les femmes : « *Y'a le fait aussi, bah qu'on grossit.* » (P1), « *Prise de poids.* » (P7)

●... **ophtalmologiques** : « *Les yeux aussi, je sais que ça diminue la vue, comme le tabac.* » (P7), « *la vision.* » (P2)

●... **dentaires** : « *Il peut y avoir des problèmes dentaires, des caries par exemple. Des dents qui se déchaussent évidemment, avec l'acidité, tout ça.* » (P5), « *Les dents, ça abîme les dents. Moi, j'ai des soucis à cause de ça aussi. J'croyais que c'était que le tabac mais on m'a dit que c'était pas que le tabac. J'pensais pas que l'alcool pouvait avoir un impact sur les dents.* » (P7)

●... **Sexuelles** : « *J'ai bien vu pour l'impuissance, j'en souffre un peu.* » (P5)

●... **psychiques et sociales** : « *C'est surtout au niveau psychologique et social que ça a un plus gros impact.* » (P8), « *Ça développe une forme de dépression, peut-être même de schizophrénie.* » (P5), « *Ça peut entraîner de la paranoïa, de la dépression.* » (P8)

●... **biologiques** : Ces complications sont généralement visualisées sur une prise de sang qui agit sur le patient comme un **révélateur**. Ainsi, le patient P10 a pour objectif de baisser sa consommation depuis qu'il a vu le taux atteint par ses gamma.

- « *Oui. Le foie. Je suis montée à un taux de gamma très très élevées sur une prise de sang qu'était pas bonne du tout du tout du tout. Le médecin traitant m'a même prescrit une prise sang plus tôt que prévu parce qu'il avait peur.* » (P10)

- « *Je sais que j'ai un gros foie. J'ai des gamma.* » (P4)

Si les **gamma sont retrouvées plusieurs fois**, un seul autre paramètre de la prise de sang en lien avec l'alcool a été mentionné : « *mon médecin m'a dit que mes plaquettes sont trop grandes.* »

● **Les femmes sont particulièrement marquées par les complications physiques**, en raison du regard porté par les autres sur les modifications de leur aspect corporel :

- « *j'ai peur aussi de ce qui paraître pour les autres, du visage.* » (P1, femme)

- « *Quand je consommais régulièrement, disons tous les jours, ben la peau aussi euh... moi j'suis bouffie, voilà je gonfle.* » (P7, femme)

- Enfin, P1, une patiente qui a continué à boire pendant la grossesse, songe aux **séquelles congénitales** : « *Comme la cigarette, ça fait des séquelles chez l'enfant.* »

Les complications **cancéreuses** :

- Les patients ne mentionnent généralement pas spontanément le **risque de cancer** dans les complications et semblent parfois l'ignorer : « *Je ne sais pas du tout. Je pense pas.* » répond la patiente P7 à la question de savoir s'il y a des cancers alcoolodépendants mais qui me confie être intéressée pour en apprendre plus après l'entretien. « *Non, je sais pas* » (P5), « *au niveau médical, je peux pas trop vous répondre là-dessus.* » (P2). P8 fait exception : *sur la santé, cancers j'imagine.* » (P8)
- En outre, l'alcool donnerait **moins de cancers que le tabac** : « *Oui, mais beaucoup moins que le tabac.* » (P3)
- Encore une fois, **le foie** est une complication évidente : « *Cancers du foie. Après, on m'a pas parlé cancers.* » (P8), « *Ah ben oui, cancer du foie, cirrhose.* » (P10), « *Ben le cancer du foie, je suppose.* » (P9), « *Le cancer du foie, p'tet plus sûr.* » (P14), « *Sur le foie. C'est ce que j'ai oui dire.* » (P6)
- Viennent ensuite les **autres cancers digestifs** :
 - « *Bah cancers du foie, de l'œsophage, la langue* » (P1)
 - « *Pancréas, estomac, foie, je pense ?* » (P3)
 - « *Cirrhose. Pancréas* » (P4)

L'impact sur l'**entourage** : « *quand vous arrivez manger chez vos parents et que vous avez consommé de l'alcool, ça se passe mal.* » (P4)

Les **accidents de la route** : « *Il m'est arrivé une petite bêtise le premier janvier, je ne me souviens plus de rien. J'ai été voir un copain pour son anniversaire, donc j'ai rebus chez lui. Je rentrais avec ma voiture, soi-disant j'aurais coupé devant une voiture. L'autre s'est plaint à mes parents, il a foutu leur couple en l'air. Moi aussi. Et maintenant, on ne s'entend pas.* » (P4)

> Des connaissances hétérogènes sur le calcul de sa consommation

La notion de verre standard et les équivalences entre alcools

- Quand on leur mentionne la **notion de verre standard d'alcool**, des patients disent ne pas en avoir entendu parler (P6, P15) ou l'expliquent de manière hésitante, voire peu claire :

« Bah il y avait les verres et les contenances. » (P9), « Oui bah euh... les verres... Les verres de bière un peu moins, les verres de vin c'est différent, voilà... » (P1), « J'ai jamais trop su comment. » (P10), « J crois que c'est équivalent, oui. Que vous buviez 20 cl de vodka ou 20 cl de vin, je sais que la vodka, ça fait... 40 et le vin doit être à 12 ou 13, mais si vous buvez 3-4 verres de vin, vous montez. C'est comme le Ricard® comme on dit, on met de l'eau dedans mais c'est toujours le même degré. Enfin, c'est ce que je pense. » (P11)

• D'autres patients peuvent en donner une définition. Ils l'ont apprise par eux-mêmes (P3, P5), par des soignants (P2,P8) ou tout seul (P12) :

- « Quand on parle d'alcool, c'est le ballon de douze centilitres à douze degrés. Ça fait une unité d'alcool. Un whisky, un Ricard®, une canette de bière où un demi de bière ou... euh... tout ce qui est distribué en café, c'est une unité d'alcool. Ils ont tous le même degré d'alcool. » dit P2 qui intervient au sein d'une association et informe d'autres personnes sur les dangers de l'alcool.

- « Les verres doseurs, oui. J'ai transformé ce que je trouvais en doses-bars. On trouve ça sur internet. » (P12)

- « Je sais qu'avec la même quantité, c'est pas équivalent parce que forcément dans les degrés d'alcool, c'est différent ». (P8)

- Afin de faire le calcul, P3 associe « le nombre de verres » et « Le nombre de centilitres d'alcool ou le degré d'alcool. » donc « Si vous prenez un verre de whisky et un verre de vin, c'est pas du tout pareil. »

- Si le degré d'alcool dans le sang sera finalement le même, quelque-soit la boisson consommée, les effets de celle-ci apparaîtront **plus ou moins rapidement** selon qu'il s'agisse d'un alcool faible ou d'un alcool fort : « Il y a des alcools plus forts que d'autres qui attaquent plus vite que d'autres. J'prends une bière relativement légère de 6 degrés pour 25cl et un whisky 60 degrés pour 4 cl. La bière se boira plus vite mais mettra plus de temps à faire effet, sera rafraîchissante. Le whisky tapera beaucoup plus fort et vite. Par contre au niveau degré d'alcool dans le sang, là, ça revient au même. » (P5)

Les seuils à ne pas dépasser :

Le nombre de verres à ne pas dépasser n'est **pas facile à déterminer**, se situant aux alentours de **3 à 5 par jour** :

- « 3 ou 4 verres pas plus, j suppose. Pour un homme et par jour. Euh, j parle de vin comme j bois pas d'alcool autrement. » (P2)

- « J'ai jamais trop su comment. Ben c'est trois verres, j'crois, pour une femme... Non c'est pas ça ? Moi j'dirais trois verres pour une femme et cinq pour un homme. » (P10)

- « Je sais plus, c'est 3-4 verres de vin... J'ai plus trop les chiffres en tête, hein honnêtement. » (P11)

Pour d'autres, il se situerait plutôt aux alentours de **2 par jour** :

- « Euh, je sais pas. C'est deux verres par jour. Pour un adulte, j'pense. » (P3)

- « Oh, c'est 2 verres. » (P7)

Le seuil est aussi évoqué **par analogie à sa consommation personnelle** : « À mon avis, le whisky que je buvais plus le verre de vin derrière, je dois être au-delà de la limite. » (P6)

Comme on le voit, les patients sont **incertains** de leurs propositions et donc de leurs connaissances des seuils (« j'suppose », « Non c'est pas ça ? », « Je sais plus »)

Le seuil à ne pas dépasser dépend des **effets sur le corps** et donc :

- **du poids** : Selon les patients, la quantité d'alcool à ne pas dépasser dépend de la masse corporelle, donc du poids.

- « Ça dépend du poids. » (P4)

- « Pour les seuils de consommation, la masse corporelle doit jouer. » (P1)

Les personnes de petite corpulence tiennent moins l'alcool que celles ayant un poids plus élevé. La **tolérance** à l'alcool est donc influencée par la **masse corporelle**.

- « ça dépend de la corpulence de la personne, de la quantité à boire. » « Disons, une personne qui fait 70-75 kilos supportera mieux l'alcool qu'une personne qui en fait 60. Il en faudra moins pour avoir le même degré d'alcool. » (P2)

- « 40 kilos et 80 kilos, on tient plus à la barre à 80 qu'à 40. » (P4)

- « Moi je dirais que ça dépend du poids de la personne, par exemple. Il me semble. Et enfin pour moi : il me semble que celui qui pèse 60 kilos, le seuil à ne pas dépasser sera moindre que moi. » (P14)

- **du sexe** avec une meilleure tolérance pour les hommes:

- « C'est sûr que les femmes, normalement, il en faut moins que les hommes. »

- « On dit toujours que pour les femmes, le taux d'alcoolémie monte plus vite qu'un homme. On a pas la même corporence quand même qu'un homme. Moi je me suis toujours dit qu'une femme, ça monte plus vite qu'un homme. Maintenant, je peux peut-être me tromper. » (P10)

- **de l'âge** avec une meilleure tolérance pour les sujets jeunes :

« Une chose aussi, que j'sais pas si vous savez, plus on vieillit, moins il vous en faut. » (P2)

- des autres produits consommés : « La cigarette joue un rôle dessus, j'crois. » (P4)

- de sa tolérance personnelle :

- « Moi si je prends un verre, j'évite de prendre le volant parce que je ne suis plus attentive. Après, il y en a qui tiennent plus que d'autres mais le verre, quand il est là, il est là. » (P7)

- « Il y a des gens qui vont boire et qui ne vont pas réussir à contrôler. Moi, j'ai déjà eu cette faculté-là. Je me suis toujours mis des limites comme ça. » (P8)

- Cette tolérance est proportionnelle à l'**importance de la consommation** : « La personne qui boit, plus elle boit, plus elle supporte l'alcool. Le degré d'alcool dans le sang, il est quand même le même. Elle aura moins tendance, disons, à marcher de travers pour éviter les flaques d'eau même s'il y en a pas. Elle supporte beaucoup plus l'alcool qu'une personne qui boit pas, pour la même quantité. » (P2)

- Elle n'est pas la même suivant le **type d'alcool** utilisé : « Il y a des personnes qui sont tolérantes avec un certain type d'alcool et qui la semaine d'après vont boire un autre alcool, ça va les perturber complètement. » (P8)

- Pour certains patients, le seuil à ne pas dépasser est celui au-delà duquel on s'expose à des **sanctions pénales** :

- « Un Ricard® ou un whisky, en dose de café, deux ballons de rouge, de rosé ou blanc à 12 degrés et pratiquement là, la personne moyenne, c'est temps d'arrêter pour arriver aux 0,49. Parce c'est 0,49, pas 0,50, sinon les flics, c'est des bons. C'est la moyenne, ça. Ça peut aller jusqu'à 3 verres de vin + le Ricard® mais pas au-delà. » (P2)

- « Ah oui oui, au niveau des 0,50, deux bières. » pour P8 qui confirme qu'il s'agit du seuil à ne pas dépasser au volant.

- J'ai jamais entendu parler de ça, mis à part les seuils légaux de conduite. (P5)

- « Moi je consomme pas si j'prends le volant par exemple. Ça, c'est un frein. J'ai peur de créer un accident et puis de me faire arrêter. Disons que ça m'est arrivé de prendre le volant après avoir consommé mais après je regrette, quoi. Ça, ça me fait réfléchir. » ajoute P7 dont l'autre crainte est de **provoquer un accident**.

> Alcool et médicaments :

- Les patients qui prennent des médicaments pour lutter contre les problèmes d'alcool n'ont **pas toujours connaissance de leur fonctionnement** jusqu'à en oublier leur nom :

- « Comment ça s'appelle ? Le machin... Biclofene ? » (P1)

- « On m'a dit le Seresta® avec l'alcool, c'est pas bon. Mais on m'en a pas dit plus. Je sais pas du tout comment ça fonctionne, justement. » (P4)

- « Je ne sais pas comment ça marche. » (P5)

● Globalement, les patients savent qu'il faut **éviter de prendre de l'alcool avec des médicaments**, notamment les siens, quitte à éviter des les prendre en même temps :

- « Mes médicaments à la fin de mon repas, j'vais les boire avec un verre de vin s'il en reste. Mais ça doit pas être bon. » (P6)

- « Avec mon traitement je sais pas... Non parce que je le prends le matin et je bois le soir. » (P7)

Le risque est de **réduire ou perturber l'effet des autres traitements** :

« Ben le Seroplex® marcherait pas. Ça annulerait l'effet. Enfin je dis ça car je l'ai déjà fait. J'me sentais d'humeur plus sombre dans la journée, toujours triste. » (P7)

Certains **ont fait l'expérience** des conséquences désagréables de cette association, notamment avec l'effet antabuse des traitements contre l'alcool :

- « Avec l'Aotal®, j'ai essayé et j'ai essayé qu'une fois (rire). Je suis devenue rouge comme là-bas et le palpitant... Ouah ! Ah j'ai essayé qu'une fois. J'avais arrêté depuis 10 jours et puis on était chez des amis, je me suis dit je peux bien prendre un apéro. Sur le coup, ça a été puis d'un coup j'ai commencé à devenir rouge, rouge, rouge. Mon mari m'a demandé : "Qu'est-ce qui t'arrive ? Je lui ai dit cherche pas." J'ai attendu une journée à passer et puis le lendemain, je l'ai repris. » (P10)

- « Un jour à Noirmoutier, j'ai pris une bière et un Seresta®. Ah bah la cata. Je me suis échoué sur la plage. Je me suis gouré, je pensais prendre un Seresta® 10 et j'ai pris un Seresta® 50. » (P11)

Concernant les deux derniers points, on voit que les patients évoquent les risques de mélanger l'alcool et les médicaments parce qu'ils les ont vécus, soit dans les suites d'une **erreur de prise** (P11) ou par **ignorance** (P7, P10).

III.5) Le patient : ce qu'il sait faire

> Les astuces du quotidien, des compétences d'auto-adaptation

Pour lutter contre leur consommation d'alcool, les patients ont eux-mêmes développé des stratégies :

- Faire **diversion**. Penser ou faire autre chose :

- « Ah bah la technique, c'est de penser et faire autre chose. » (P7)
- « Je baisse la tête et je lis mon smartphone (rire). Je téléphone, je fume... C'est dix minutes de gagnées. » (P5)

- Faire du **sport** : « Ce qui m'aidait aussi, c'est que je faisais beaucoup de course à pied. Si j'avais bu, j'aurais pas pu courir le soir pendant 10-15 km. » (P2)

- Faire un **calendrier** : « Sur mon calendrier tous les jours avec ma femme, on fait une petite croix. Chaque jour passé sans boire, c'est une victoire. » (P11)

- **Changer d'environnement** :

- « Changer ses habitudes parce que la consommation d'alcool, c'est une habitude, un peu. Je fais telle chose je prends un verre... C'est un peu comme le café et la cigarette. » (P7)
- « Changer d'environnement m'a fait diminuer la consommation. » (P5)
- « Ah aussi, moi j'ai la chance de pouvoir prendre du temps pour mon travail ce qui fait que quand je stresse, je pose deux jours et je m'en vais avec mon épouse. » (P11)
- « Comme je vous dis, quand on s'en va en vacances 8-15 jours, j'bois pas pendant 8-15 jours. Franchement, ça ne me dérange pas du tout. J'bois une petite bière ou un café mais c'est tout. » (P9)

- **Éviter les stimuli** qui induisent une envie de consommer :

- « Avec les copains, j'évite d'ouvrir une bouteille. » ou « Au début, j'évitais de sentir l'alcool. » (P2)
- Éviter les boissons sans alcool : « Ça c'est une erreur, comme on me conseillait de prendre du Tourtel®, du Casanis®. En en parlant avec d'autres, quitte à pas boire, c'est pas en essayant de tromper le mental que... que ça fonctionne quoi. Donc à la rigueur, il faut mieux

boire autre chose qu'une bouteille qui va ressembler à une bière, un truc anisé qui va faire penser... Faut carrément changer, faut pas tricher. » (P8)

- **Ne pas faire les courses seul :** *« Au début, pour les courses, j'allais avec ma femme. » (P2)*

III.6) Le patient : ce qu'il ressent

> L'anxiété, une comorbidité fréquente et invalidante

- Les patients se plaignent d'une **anxiété permanente**. Ils ont "toujours été comme ça" :

- *« Très anxieuse. Je vis toujours dans le stress. J'ai toujours la boule au ventre comme on dit. La peur au ventre de tout. » (P10)*

- *« _Anxieux, oui, je suis très anxieux de nature. Pas grand-chose m'inquiète, je me pose toujours des questions pour rien. » (P16)*

Celle-ci n'est pas sans **conséquence sur leur vie** :

« Ça doit être ça. Pour l'anxiété, de naissance. Ah oui, je suis tendu comme un slip. C'est ingérable, ce qui m'a provoqué de gros soucis de dos, d'ailleurs avec un arrêt pendant un mois et demi et des troubles du sommeil. » (P5)

- Il est alors facile de consommer pour **soulager cette angoisse permanente** qui leur empoisonne la vie. Tout d'abord festif, l'alcool se transforme en **traitement anxiolytique** :

- *« Oui. Le stress est parfois un facteur déclenchant, complètement, oui. L'alcool m'aide sur le stress. L'alcool, c'est pas un médicament mais plus une thérapie sur le long terme... un inhibiteur de stress. » (P5)*

- *« L'alcool m'a aidé, oui, par exemple pour les examens. » (P1)*

- *« À certains moments, ça me permet de dédramatiser. » (P16)*

- Mais parfois, l'alcool ne fait au contraire que **l'aggraver** :

- *« Oui. Ben là, aujourd'hui, j'suis hyper nerveuse, quoi. Ça se voit pas mais je le sens à l'intérieur, je bouille. » m'avoue P7 qui vient de consommer.*

- *« L'alcool me stresse. Pour moi je disais que ça (parlant de l'alcool) va m'aider sur certains trucs, puis ça aggravait de l'autre côté. » (P10)*

- *« En fin de compte, comme l'alcool me stresse, ça me met largement en colère. Je suis désagréable et même méchant en paroles » (P11)*

- Concernant son manque de confiance en lui, P8 affirme « *Je l'étais et je le suis de moins en moins depuis que j'ai arrêté. J'ai de plus en plus confiance en moi. L'alcool, c'est une façade, une double personnalité. On le prend pour être moins anxieux mais c'est l'effet inverse.* »

> Le sentiment de honte

- Le **sentiment de honte** engendrée par la consommation d'alcool encourage l'arrêt et la poursuite de l'abstinence :

- « *Le sentiment de honte, encore. C'est aussi ce sentiment qui m'a poussé à arrêter.* » (P2)

- « *Parce que j'ai peur que les autres croient que j'ai reconsommé de l'alcool. J'en ai honte.* » (P2)

- Le sentiment de honte va se transformer en **sensation de fierté** lorsque le patient devient abstinent : « *Et puis on est fier, quand on a fait 2-3 mois d'abstinence, on est fier.* » (P8)

- À l'inverse, c'est parfois le sentiment de honte **induit par un problème de santé** qui est responsable de la consommation d'alcool, comme chez P4, atteint d'une maladie génétique : « *Un sentiment de honte. L'alcool me permet d'oublier ma maladie.* »

- Parfois, le patient prend conscience que **sa famille** a honte de son comportement : « *J'avais pas les copines de mes fils à la maison. Ils demandaient à leur mère, dans l'état qu'étais. Si leur mère, elle leur disait dans quel état j'étais, ils les montaient pas. Et j'avais pas leurs copains non plus. Ils venaient quand j'étais pas là. Ou alors quand j'étais couché. Ils mangeaient jamais avec nous, soit qu'ils mangeaient avant, soit qu'ils mangeaient après.* » (P2)

> le sentiment de culpabilité

Encore une fois, le regard des autres / de la **famille** compte beaucoup : « *Les enfants, quand je buvais la nuit, ils venaient me voir et ils me disaient : " t'es fière de toi ?" On n'en a jamais discuté après. Moi, je me suis toujours dit qu'ils m'en voulaient.* » (P10)

> le manque d'estime de soi

Là aussi, l'alcool est utilisé pour **soulager** le patient : « *Je manque d'estime en moi, oui. (Hésitation assez longue). L'alcool me donnerait confiance. On se sent plus fort avec les amis, les copains...* (P4)

> Le sentiment de perte de contrôle

Une envie de consommer peut apparaître brutalement, sans que le patient puisse s'y opposer.

La **perte de contrôle** s'associe à l'**incompréhension** :

« Ce putain d'alcool, c'est un patron qui vous commande et quand ça tilt là, il faut y aller. Par exemple, un après-midi, j'avais pas consommé. Et là, d'un coup... J'ai descendu 2 litres en l'espace d'un quart d'heure. Jusqu'à 16h, j'avais besoin de rien. Et pourquoi que j'ai été poussé comme ça ? » (P2)

III.7) Le patient : ce qu'il veut

III.7.a) Ses projets

- Quelques patients sont **satisfaits** de la vie qu'ils mènent et ne souhaitent **pas changer** :

- « Continuer à faire ce que je fais avec autant d'enthousiasme que j'ai. » (P3)

- La patiente P1 met en avant **sa famille** : « j'essaie de me contenter de ce que j'ai : mes petits enfants que j'adore, mon autre fils qui est très sympa. »

- Il en est de même du patient P2 pour qui une rechute signifierait la fin de l'unité familiale : « Si je rechute, ma femme fout le camp, mes deux gars, c'est terminé. Ma belle-fille, mes deux gars, ils me présenteront pas leurs enfants, ça, c'est clair. »

- P8 désire retrouver son **indépendance**, sa **liberté** : « Ne plus être dépendant. »

- **Préserver sa santé** est aussi un objectif de vie :

- « Je souhaite surtout garder la santé » me confient les patientes P9 et P10.

- « Retrouver une hygiène de vie, un corps plus sain. » (P8)

- La patiente P1 a peur de perdre son **autonomie** et de devoir quitter sa maison : « pourvu que j'aie pas en maison de retraite. » (P1)

À l'inverse, le patient P4 a pour objectif d'acquérir une certaine autonomie, lui qui vit chez ses parents du fait de sa maladie et son alcoolisme : « Mon projet, c'est de vivre à la maison, seul, devenir autonome. »

- L'alcool peut être un **obstacle** à la réalisation de ses projets : « Mais moi j'mets des choses en place, j'ai cinquante ans, pour être bien, pour que l'avenir soit euh, le plus beau possible. J'vois les projets de, justement d'achat de maison sur l'île d'Oléron pour pouvoir, j'dirais,

finir tranquillement là-bas. C'est de la motivation, je sais que l'alcool m'enlève tout ça. Ça enlève les ambitions. Quand on est alcoolique, personnellement, on avance pas. On recule. »
(P11)

III.7.b) La motivation à diminuer l'alcool

S'ils doivent diminuer l'alcool, les patients vont s'adresser au médecin traitant (P10), à l'addictologue (P1, P10), aux associations (P1, P10), à ses amis (P8 : « *À moi-même et bien sûr à des personnes qui sont au courant de mon problème. Des amis, la famille. Il faut savoir s'entourer. »*)

- La peur de perdre sa famille :

- « *Moi, j'ai eu un déclic où je m'apercevais que j'allais perdre mes enfants. La famille avant tout. »* (P7)

- « *Ce qui m'a fait arrêter l'alcool, c'est ce qui s'est passé à la maison avec mes enfants, les comportements de ma femme. On était toujours en train de s'engueuler. »* (P2)

- « *Pour moi et ma famille. Pour que je devienne autonome et qu'il y ait moins de conflits. »* (P4)

- « *Être plus intéressant pour mes proches déjà, plus intéressant pour ma famille, moins contraignant pour eux, parce quand je traîne et que je rentre tard de nuit, c'est pas forcément intéressant pour eux. »* (P16)

- Pour P9, le fait que **sa femme ait arrêté l'alcool est une motivation supplémentaire** :
« *Y'en a une qui serait contente (rire). Elle, elle m'a fait plaisir quand elle a tout arrêté. »*

- Préserver sa santé :

- « *J'ai diminué à cause de la santé. Suite à ce que le médecin m'a dit, je me suis dit je peux faire autrement, pour la santé. Puisque c'est plus symbolique que... qu'un besoin »* (P6)

- « *C'est surtout la santé qui prime. »* (P9)

- « *Tout irait mieux, mes genoux, mes mains. »* suppose P1 en lien avec les complications qu'elle avait citées.

- « *Non. Moi, j'mettrais quand même la santé au départ. La santé et la famille. »* (P10)

- Ne pas perdre son travail, son autonomie

- « *Quand on peut perdre son boulot, perdre son permis, pour moi hein. »* (P10)

- « *J'aurais aussi envie de diminuer de par mes antécédents, ayant perdu le permis deux fois. Ça oui, ça apporte beaucoup d'emmerdes. »* (P5)

- « Un dimanche soir à Paris, j'prends le camion, j'avais picolé. Et là, ce dimanche soir, j'avais décidé de partir me faire soigner à Royan. » (P2)

● **La perte de poids, principalement chez les femmes :**

- « C'est surtout mon poids. » (P1)

- « Ah ben si, parce que là, faut que j'en perde, avoue P9 en me montrant son ventre. Là, j'ai pris trois ou quatre kilos, là non non, c'est bon. J'suis sûr que si j'arrêtais de boire, même de la bière, je perdrais un peu de poids. »

● **Le regard des autres :**

- « la peur qu'un jour, le nez rouge, et puis voilà, hein. » (P1)

- « J'me dis si je meurs et qu'on dit qu'elle est morte d'une cirrhose, et ben ça m'gène pour mes enfants, mon mari. Si j'arrête, c'est plus pour les autres que pour moi . » (P1)

● **Le coût de l'alcool :** « Le prix un peu aussi. » (P5)

● **L'exemple de quelqu'un qui a arrêté :** « Après, y'a aussi l'histoire quand j'avais 14 ans, mon père est rentré en centre et à l'époque c'était énorme, je l'ai trouvé super courageux mon père parce qu'il avait les couilles de le faire. Il s'en est rendu compte lui-même et il a décidé de se soigner. J'ai trouvé ça remarquable. Le parcours de mon père rejoint beaucoup mon parcours. » (P11)

● **Retrouver une vie normale :** Depuis qu'il a beaucoup baissé, P11 affirme « Je retrouve un petit peu comme je disais à ma femme des sensations de plaisir, et euh de se lever le matin, de... de pouvoir vivre en famille, de pouvoir travailler sereinement. »

● **La peur des conséquences judiciaires / la peur des gendarmes**

Plusieurs patients font mention de la crainte des sanctions pénales. C'est la "peur du gendarme" :

- « Enfin, maintenant c'est plus pareil qu'il y a dix ans. Enfin, les gendarmes sur les bords de route, on les voyait pas autant. Avant, faut avouer que y'avait des excès. » (P9)

- « Ou les gendarmes. J'ai la peur de ça aussi, des gendarmes. » (P4)

- « Mais il m'arrive souvent à la fin de prendre un café ou deux. Les autres prennent un verre de vin mais moi je prends un café ou deux. Oui faut se méfier après pour le retour, si on conduit et qu'on trouve les gendarmes tout ça. » (P14)

- **Regagner sa liberté** : « *De mon point de vue à moi, c'est la liberté acquise à l'arrêt de l'alcool.* » (P12)

- Finalement, la motivation est souvent **multifactorielle** comme l'affirme en riant P10 : « *Déjà je veux pas perdre mon boulot, je veux pas perdre mon permis, je veux pas perdre ma famille non plus, plus la santé.* »

- On peut faire le **parallèle** avec la motivation à diminuer ou **arrêter le tabac** :

- Pour la famille : « *J'ai fumé quand j'étais jeune. C'est mon mari qu'à voulu que j'arrête, sinon je pense que j'aurais continué.* » (P10)

- Pour la santé : « *Ah bah la santé, la toux, la respiration...* » (P7) ou « *On va être honnête, fumeur qui a beaucoup, beaucoup baissé (rire). Je veux absolument baisser, suite à mon opération. Pour ma santé.* » (P11)

- Pour le coût et l'autonomie : « *Pour ne plus être dépendant et le côté financier.* » (P8)

III.7.c) Objectifs de consommation

Suivant les motivations et le niveau de consommation, ils diffèrent d'un patient à l'autre :

- **Réduire sa consommation** semble **plus facile** que l'arrêter complètement :

- « *Un seuil raisonnable. L'arrêt total m'intéresse pas plus que ça. Diminuer l'envie pourrait être difficile.* » (P5)

- « *Ben... J'avais dans la tête d'arrêter. Puis dans le coup, j'sais pas, non, j'ai pas trop dans la tête d'arrêter complètement. Diminuer, c'est facile.* » (P8)

P9 propose un objectif de 3-4 verres maximum par jour, soit le risque léger fixé par la SFA : « *diminution. Le mieux ça serait pas du tout mais je sais... J'sais pas, 3 ou 4 verres.* »

- L'abstinence n'a **pas permis a P9 d'éviter la rechute**. Ce qui ne l'encourage pas à poursuivre dans cette voie-là : « *Enfin, j'ai déjà fait un sevrage à Luçon. Mais j'ai pas trop dans la tête de diminuer complètement.* »

- Pour certains patients, la consommation d'alcool a certains **côtés positifs**, comme la convivialité. Ils ne souhaitent donc **pas arrêter complètement**.

- « *Je voudrais pas arrêter complètement. Diminution, oui, sinon, on casse un peu la convivialité quand on est ensemble.* » (P1)

- « *diminution. Pour les raisons données auparavant.* » (P6)

- P7 voit l'alcool comme quelque-chose de **mal** et qui la détruit physiquement et moralement. Ainsi, il n'y a **aucun avantage à continuer** : « *Arrêter complètement. Moi mon but, c'est de ne plus en consommer du tout. C'est zéro.* »

- Pour d'autres, l'abstinence est de mise car le **risque de rechute est trop important en cas de simple diminution**.

- « *L'alcool, il faut l'arrêter complètement. C'est impossible de diminuer ou sinon rester dans la norme.* » (P2)

- « *Abstinence. Parce que la diminution marcherait pas.* » (P10)

- « *Abstinence.* » (P11)

Un effet « *rebond* » est évoqué : le patient reconsommait davantage après sa tentative d'arrêt. Mieux vaut donc ne pas faire l'expérience de la sensation de manque : « *sinon, ça durera 1, 2, 8, 15 jours et puis ça repartira de plus belle. Le manque qui était là un certain temps, il va être compensé par plus après. Un rebond, oui.* » (P2)

- Enfin, P4 tergiverse. Difficile de se fixer un objectif quand on a pas débuté la prise en charge. Pour lui, l'abstinence doit sans doute passer par **une première étape de réduction progressive**, plus facile à obtenir : « *On ne peut pas répondre pour le moment. Je ne sais pas trop. Faut essayer les deux. On arrête pas du jour au lendemain, sauf si on est en milieu hospitalier. Donc faut diminuer avant d'arrêter.* »

- À l'inverse de P4, P8 pense qu'il est **important de passer par une phase de sevrage complet** pour se permettre ensuite une consommation modeste, voire minime : « *J'ai plus envie de rentrer en bataille donc oui, je tends vers une consommation insignifiante pour ma santé et si j'arrive à avoir ça, ça serait sympa. Mais faut aussi prendre conscience que quand on est dépendant, il faut passer par le sevrage pendant une certaine période. À terme, ça serait super si j'arriverais à trouver un équilibre. Pour en arriver là, il faut passer par des phases d'abstinence un peu complète, quoi.* »

- Enfin, certains patients ne souhaitent pas changer leur consommation, considérant qu'ils ne boivent pas assez malgré ce que les soignants leur disent (P3).

III.7.d) Place de l'éducation thérapeutique

> Méconnaissance de la notion d'éducation thérapeutique

- Globalement, les patients n'en ont **jamais entendu parler** : « *Non, pas tellement, non.* » (P1), « *Non.* » (P2)(P11) (P13), « *Non, ça non.* » (P7)
- P14 la considère comme une **explication donnée aux patients sur les médicaments** : « *Ben c'est l'éducation des médicaments, non c'est pas ça ? Ben connaître les médicaments et les avantages des médicaments, des choses comme ça, non ?* »
- Le terme n'est toutefois pas inconnu pour P3. Il en a eu un bref aperçu, du fait de la **participation de sa femme à un atelier d'ETP** portant sur une maladie respiratoire : « *Ah, comme ma femme alors. L'asthme.* »

> Intérêt pour une participation à l'éducation thérapeutique

- Des patients souhaiteraient volontiers **participer au programme**. « *Oui* » dit P7 sur un ton affirmatif, « *Oui. Une par semaine, une tous les 15 jours, oui.* » (P4), « *Oh ouais, carrément.* » (P5), « *Oui, oui, tout à fait, c'est intéressant.* » (P8), « *Bien sûr.* » (P10), « *Pourquoi pas, ça peut pas me faire du mal.* » (P9)
- Abstinents depuis environ un an, le patient P13 n'est intéressé que s'il y a **risque de rechute** : « *Je vous dis pas oui à cent pour cent mais voilà. C'est vrai que si je sens qu'il peut y avoir une rechute, là ça peut m'intéresser. Mais si je me sens bien, pas plus que ça.* »
- Les patients P1 et P6 portent un intérêt au concept mais posent des **conditions** :
 - P1 accepterait à condition que l'**anonymat** soit préservé : « *Oui, dans la mesure où ça reste anonyme quand même.* » S'il y a une chose qui l'intéresse, c'est **acquérir des compétences et de l'autonomie** : « *Devenir autonome ? Oui, j'aimerais bien.* »
 - Il en est de même pour P6, pour qui les **explications** données doivent être **simples**. « *Euh, oui, au moins les premières séances si c'est compréhensible. Comme Michel Cymes, il faut causer simple, être compris de tout le monde.* » En outre, le programme ne doit **pas être trop long** et ciblé sur les **priorités du patient** : « *Oui, quelques séances. Ça dépendrait de ce qui est abordé.* »

- Après explication de ce qu'est l'ETP, P11 paraît très intéressé. Ce qui l'attire dans l'ETP, c'est l'**importance du suivi** et l'**implication de professionnels de santé** pour compléter l'action des médicaments : *« Mais c'est très intéressant parce que c'est la base de beaucoup de choses. Y'a des techniques pour apprendre à se gérer, ça, c'est sûr ça peut marcher. Moi j'y crois parce que je l'ai vécu, je l'ai fait. Euh j'ai passé quatre ans sans boire une goutte d'alcool et c'était d'une facilité déconcertante. Mais comme me disaient les médecins là-bas, si vous faites une rechute, y'a rien de dramatique. Je suis pas un fan des médocs, je vous le dis tout de suite. Mais le suivi thérapeutique, il est hyper important. C'est hyper important. C'est ce qui sauvera des vies plus que les médicaments. Avoir des gens à l'écoute, qui vont vous expliquer. »*

Chaque cas étant unique, la prise en charge doit être **adaptée à chaque patient** selon sa personnalité, les raisons pour lesquelles il boit...« *Chaque cas est différent. C'est des mêmes choses adaptées différemment mais ce qui permet à chaque personne de... Y'a des gens qui boivent, c'est pour l'anxiété, d'autres c'est la peur. Y'en a certains qui savent même pas pourquoi. Moi j'ai connu un gars qui picolait, c'était juste pour approcher les femmes. Sauf que boire un coup, boire un coup, boire un coup, après on est alcoolique. »*

- P14 tergiverse. Il **ne souhaite pas adhérer** à un programme d'ETP, peu désireux de diminuer sa consommation d'alcool actuelle en raison du **plaisir** qu'elle lui procure (« *Ben, oui. Mais enfin ça fait partie des plaisirs de la vie, un petit peu. »*) et parce qu'il lui semble **déjà posséder les connaissances** nécessaires (« *Pas intéressé. Il me semble connaître les méfaits de l'alcool. »*). Toutefois, il pourrait changer d'avis si lui ou son médecin constatent que **sa maladie s'aggrave** : « *s'il y a un programme en place et que mon diabète monte ou que mon médecin me dit que mon diabète évolue, j'y réfléchirais. Peut-être une ou plusieurs séances pour apprendre quelques astuces pour diminuer l'alcool. »*

- D'autres patients n'y voient pas d'intérêt.

- Soit ils **possèdent déjà les compétences** :

Abstinent depuis plusieurs années, P2 n'a jusque ici pas eu besoin d'aide pour tenir : « *Non, pas spécialement. Jusqu'à présent, j'ai géré. »* Lui-même donne déjà des explications sur l'alcool à des enfants dans les écoles ou des patients au sein d'une association.

« *Non. Pour la même raison que je veux rester anonyme. Moi je vais chercher les ressources au fond de moi-même. »* (P12)

- Soit ils ne **pensent pas consommer assez d'alcool** pour avoir besoin de diminuer : « *J'bois pas assez d'alcool pour être dépendant. Malgré que vous dites que c'est trop. Je me suis jamais senti saoul, je suis capable de travailler tout le temps et de faire ce que les autres demandent.* » (P3)

III.7.e) Format du programme d'éducation thérapeutique

> La création du programme

Dans l'ensemble, les patients seraient intéressés pour participer à la création du programme (P1, P2, P5, P6, P8, P9, P10). P1 y trouve un intérêt si on lui donne une **tâche concrète** : « *j'aimerais bien, oui, quelque-chose de concret.* » D'autres, comme P2, pas forcément intéressés pour adhérer eux-mêmes au programme, ont une **vision altruiste** : « *Ben si c'est pour soutenir des gens comme ça, dans l'alcool, leur donner la marche à suivre* »

> Type de séances

- Des séances mixtes, **à la fois individuelles et collectives** :

- Pour P1, il est souhaitable de se confronter aux autres, de **ne pas s'isoler** « *Un petit peu des deux, oui, parce qu'il faut bien sortir de sa coquille.* »

Les séances collectives ne posent pas problème à P8 et P9 car ils l'ont **déjà expérimenté en association** :

- « *Concernant les séances collectives, quand on était à l'association, on était 20 ou 30 à parler de nos problèmes. Moi ça ne m'a jamais dérangé.* » (P9)

- « *Les deux sont biens en fonction de chacun, je pense. Quelqu'un qui vient pour la première fois, qui entame la démarche pour la première fois, j pense que les entretiens individuels... Moi après, collectif j'ai l'habitude.* » (P8)

- Les séances collectives en rebutent certains. L'une des raisons qui reviennent est le problème de l'**anonymat**, avec la peur que « ça se sache » : « *Après, c'est des choses qu'on répète, même en étant anonyme, en disant pas le nom. C'est des choses intimes.* » (P4)

La **timidité** aussi est un potentiel frein chez des patients dont l'estime de soi est souvent touchée : « *La timidité pourrait être un frein aux séances collectives. Mais faudrait essayer pour voir.* » (P5)

Une **première série de séances individuelles** sont alors susceptibles de **mettre en confiance**. Ensuite, il est souhaitable de réduire la taille des groupes, à la manière de ce qui est déjà fait dans les centres de cure : *« Moi, j'ai besoin par rapport au manque de confiance. Je... Je suis assez réservée. Justement, je cherche des groupes comme ça. Mais en même temps, j'aurais peut-être du mal à parler. Donc d'abord des séances individuelles pour mettre en confiance. Ça dépend aussi des gens autour, si ces des gens réservés, qui parlent facilement. Il faudrait un petit groupe, une dizaine de personnes. Ça fonctionne un peu comme ça dans les centres. Faut un temps de parole pour tout le monde donc si le groupe est trop grand... Le but, c'est que chacun puisse s'exprimer. » (P7)*

● À l'inverse, les séances collectives permettent le **partage d'expérience** :

- *« J pense, c'est le collectif. On apprend des choses du collectif. » (P6)*

- *« d'être entouré de gens qui ont le même problème. On s'aperçoit que des gens, c'est même plus grave, quoi. Moi j'ai pas envie que ça s'aggrave. Quand j'entends les autres parler, ça m'aide. Le partage d'expérience avec les autres, ça m'aide. » (P7)*

Constater les conséquences de l'alcool sur les autres patients est un argument de plus pour l'efficacité des séances collectives en favorisant la prise de conscience :

- *« Des gens qui sont dans la même situation que moi, qu'ont connu exactement les mêmes problèmes. Je pensais pas du tout que ça me ferait un électrochoc et ça m'a fait un électrochoc, bah de pouvoir en discuter. » (P10)*

« On voit les problèmes des autres donc si on se dit que si on est pareil que lui, on est tous dans le... » (P8)

- *« Individuelles c'est bien. Collectives aussi c'est intéressant parce que ça permet euh d'écouter aussi ce qui se passe à côté. Nous on ne voit pas qu'on est alcoololo, on fait. Mais quand la personne en face vous dit qu'elle est alcoolique, euh, bah vous prenez une grande claque dans la gueule puis vous dites bah oui c'est moi, qu'est ce que je fais ? » (P11)*

● À l'inverse, P4 évoque l'**hétérogénéité des niveaux de consommation**. La comparaison avec les autres patients a parfois de quoi faire peur : *« Seul. À plusieurs, ça marche pas. Y'a toujours des personnes qui sont pires que moi. Par exemple à Guérande, quelqu'un m'a impressionné. Il buvait de l'eau de Cologne. »*

● Les hospitalisations laissent parfois un mauvais souvenir. Découragé, P4 préfère une prise en charge **étalée sur la journée** - *« Oui. Mais j'ai fait la même chose au CHS. Pfff, les médecins, au bout d'un moment... (mime un signe de lassitude). Ça me gave. Le programme*

qui m'aurait intéressé, c'est celui de jour. » - et de fréquence **hebdomadaire** « Oui. Une par semaine, une tous les 15 jours, oui. »

> Structure des séances

- P10 pense qu'il faut **impliquer l'entourage** pour que le patient soit mieux compris : « Si les gens qui vivent avec un alcoolique, ils ne comprennent pas l'alcoolisme, mais alors ça peut créer des tensions énormes. Faut qu'ils comprennent comment ça marche l'alcoolisme, comment ça fonctionne. »

- L'importance du secret médical

L'alcool porte atteinte à l'image de celui qui en abuse et nombre de patients craignent le regard des autres. Il est donc nécessaire de rassurer le patient sur la confidentialité d'une adhésion ainsi qu'au respect du **secret médical** : « Je pense que le secret médical est un pré-requis pour aider. On sait que ça sortira pas. » (P4)

- Un contenu simple et qui s'adapte au niveau du patient

P6 pense qu'il est important d'utiliser des **supports visuels**. Lui qui n'a pas fait de longues études pourrait être désintéressé par des textes trop longs : « J'ai une formation de manuel, je suis toujours plus pour les démonstrations graphiques que pour les choses écrites. Les textes, moi des fois, j'ai du mal là-dedans alors que si des choses peuvent être démontrées par des graphismes, des dessins, je suis très parti. »

En effet et comme on a tendance à le retrouver dans les **caractéristiques socio-démographiques** de cette thèse : « Je pense que ces problèmes-là touchent plutôt des personnes d'un niveau peut-être plus bas malgré que l'alcoolisme de salon existe. L'alcool touche des personnes de faible niveau socio-culturel. »

- Un intérêt porté aux séances qui dépend des problèmes engendrés par l'alcool :

Pour P1 qui a des problèmes d'anxiété, il est nécessaire d'inclure **une psychologue** dans le programme : « Un psychologue par exemple. Faut qu'il comprenne ce qu'il se passe. »

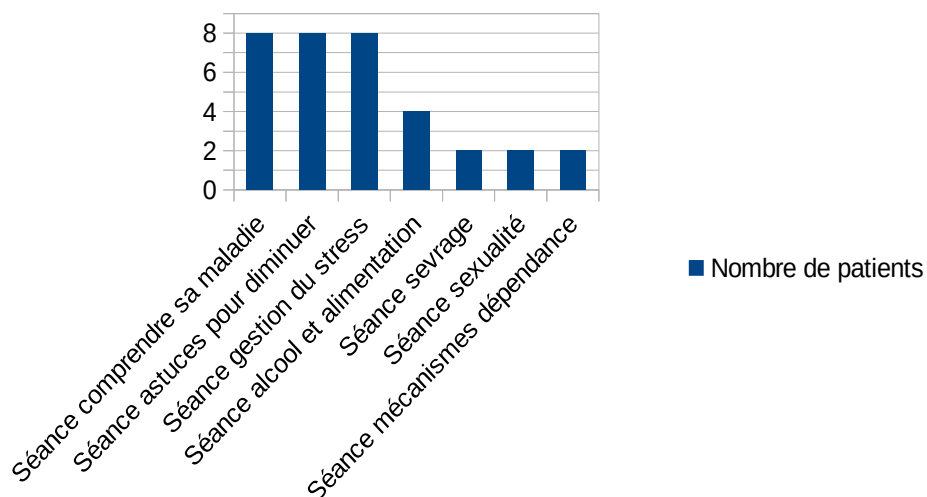
P1 a aussi conscience des conséquences physiques de l'alcool sur son corps. Elle souhaiterait donc participer à des **ateliers de remise en forme** mais y voit tout de même des obstacles, en raison de son déconditionnement à l'effort et de ses antécédents cardiaques : « Aborder l'activité physique, pourquoi pas, mais avec mon coeur, j'essouffle. » Elle craint aussi le

regard des autres s'il s'agit d'un atelier collectif : *« La piscine... Pour se mettre en maillot de bain, je suis énorme, des genoux affreux... Je suis moche, handicapée ! (rire). D'aller en groupe comme ça, c'est quand même un petit peu gênant. »*

> Thèmes abordés :

● Les **thèmes plébiscités** sont :

- 1 - Mieux comprendre l'addiction à l'alcool ses complications et ses traitements : P4, P5, P6, P7, P9, P10, P13, P15. P12 et P16 évoquent l'intérêt d'un atelier portant sur **la connaissance des seuils pour situer sa consommation** : *« Bah après oui. J pense que déjà, on sait pas exactement parce que vu que tout le monde entre guillemets dans l'entourage, enfin pas tout le monde mais c'est vrai qu'il y a beaucoup de gens qui boivent pas mal donc c'est vrai qu'on sait même plus situer exactement si on boit beaucoup ou pas ou très beaucoup ou pas du tout, on peut effectivement revoir qu'est-ce qu'est la dose normale entre guillemets, tolérable. » ; « Je pense qu'il faut que le patient ait bien conscience de la dose qu'il ingurgite. C'est vraiment parlant et ça aide à la prise de conscience. »*
- 2 - Trouver des astuces pour éviter de moins consommer, situations à risque : P1, P4, P5, P7, P8, P9, P15, P16.
- 3 - Apprendre à être plus sûr de soi / moins stressé / atelier avec psychologue : P1, P5, P7, P8, P9, P10, P11, P16.
- 4 - Hygiène de vie et malnutrition : P5, P9, P13, P15.
- 5 - Mieux comprendre le déroulement et les éventuelles complications du sevrage : P1 (*« Si je le faisais, j'aimerais savoir ce qu'il m'attend. »*) P5.
- 6 - Problèmes de sexualité : P5, P13.
- 7 - Les mécanismes de la dépendance : P5, P11.



- On note que le thème en lien avec l'**alimentation** a été **peu choisi**, bien que les patients reconnaissent ne pas toujours avoir une alimentation équilibrée (P1, P4), déséquilibre parfois même **induit par l'alcool** : « *Quand je bois, je mange beaucoup, n'importe quoi, ce que je trouve. Au début c'était parce que la nourriture éponge l'alcool, donc on verra pas que j'ai bu. Mais en fin de compte, quand je consomme, j'ai une pulsion sur l'alimentation. Un manque.* » (P7) et que le **rôle de l'alimentation** est **reconnu pour le sevrage** : « *C'est vraiment bénéfique de manger sain quand on arrête parce que le corps est en train de se purger et si on lui met encore de la saloperie en plus alors que lui il fait un travail...* » (P8), « *Ce qui m'a sauvé un peu, même si j'buvais, je mangeais correctement en quantité.* » (P2), « *À Royan, on était suivi par une diététicienne tous les jours, même si ç'était par moment gonflant, faut le reconnaître, ça a été utile.* » (P11)

Les patients qui ne sont pas intéressés par l'aide d'une diététicienne considèrent qu'ils en savent déjà assez pour **gérer seuls**. « *j'ai pas forcément besoin de conseils. Je sais déjà ce qu'il faut faire.* » (P1) ou que le discours n'est pas personnalisé : « *Ça me gonfle parce que c'est trop stéréotypé. Vous arrivez chez une diététicienne, elle vous dit bon ben voilà mon polycopié, vous allez prendre un petit déjeuner... On est tous différents.* » (P12)

- De même, le thème **sexualité n'est choisi que par deux patients** plutôt jeunes par rapport à la moyenne d'âge des personnes interrogées (26 et 47 ans contre une moyenne de 55 ans). Beaucoup considèrent en effet qu'ils se sont plus concernés par cette problématique du fait de leur âge.

- D'**autres** thèmes sont proposés, notamment pour :

- le **tabac** (P8, P6, P7). P7 déclare « *L'alcool et le tabac. Pour la santé, les deux sont liés, ils apportent des mauvaises choses sur la santé.* ») puis précise : « *Il faut faire un thème après l'autre. Les deux en même temps, ça serait un peu lourd.* »
- les addictions de type **cannabis** ou la **dépression** (P5)
- la **communication** avec l'entourage (P1).

IV. Discussion

IV.1) Forces et limites de l'étude

IV.1.a) Forces de l'étude

> Une expression facilitée

Le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés a permis de poser un cadre permettant aux personnes interrogées de **s'exprimer librement**. Les patients n'ont pas hésité à se confier sur un problème de santé souvent tabou et n'ont pas été perturbés par le fait d'être enregistrés. En outre, la réalisation d'un entretien semi-dirigé est **semblable à celle d'un diagnostic éducatif**, puisant dans une trame de questions ouvertes et favorisant la réflexion ainsi que l'expression de son point de vue.

> La diversité et la représentativité

Le **nombre important des patients** inclus dans l'étude a permis de recueillir des points de vue très différents et de **se rapprocher de la diversité d'une patientèle de médecine générale** : patients sevrés mais à risque de rechute, patients en cours de sevrage, patients ayant rechuté, patient n'ayant encore bénéficié d'aucune prise en charge, patients dépistés en médecine générale.

> L'originalité et l'intérêt du sujet

En l'état actuel, **aucune thèse** n'avait encore été réalisée sur l'éducation thérapeutique et l'alcool en médecine générale. Pourtant, **l'éducation thérapeutique en addictologie se développe**, en témoigne la parution d'une thèse en juin 2018 portant sur la mise en place d'un programme au CHU de Nantes. (17)

IV.1.b) Limites de l'étude

> Un biais de sélection

L'un des patients qui avaient accepté de participer à l'étude **ne s'est pas présenté à l'entretien**, ce qui est dommage puisque ses caractéristiques (désinsertion socio-

professionnelle, hospitalisations itératives secondaires au problème d'alcool, usage de drogues) auraient permis de diversifier davantage la population étudiée.

> Un biais interne lié aux caractéristiques personnelles du chercheur

Parmi les patients interrogés, la moitié (P1, P3, P4, P9, P10, P14, P15, P16) m'avaient déjà consulté en tant que médecin remplaçant dans le cabinet. Ma relation avec eux les a peut-être amenés à **se confier plus facilement** ou à l'inverse **atténuer certains faits** pour ne pas me décevoir. De plus, certaines répliques à mes questions sous-entendaient que je connaissais déjà la réponse. Ainsi, concernant une question portant sur ses traitements, P15 m'a répondu « *Bé oui, c'est vous qui me l'avez donné. J'ai essayé, pour moi ça ne me fait rien.* » m'amenant à lui rappeler que je n'étais que simple enquêteur et à le faire reformuler.

IV.2) Discussion des principaux résultats

S'appuyant sur des corrélations entre les propos rapportés par les patients et une analyse de la littérature, la discussion a été rédigée de telle sorte qu'elle donne des indications et des conclusions **pratiques** pour la réalisation d'un futur programme sur Aizenay. La littérature apparaissait **peu abondante** sur le sujet ETP et prise en charge de l'addiction à l'alcool en ambulatoire, notamment en France, affirmation confirmée par le docteur Xavier de la Tribonnière (1) lorsque je lui ai posé la question par mail. Certaines comparaisons ont donc été réalisées avec des programmes d'ETP portant sur d'autres problématiques de santé.

IV.2.a) L'importance du diagnostic éducatif pour connaître le patient

Les résultats des entretiens semi-dirigés, figurés sous forme de diagnostic éducatif, montrent bien l'**unicité** et la **complexité** de chaque patient. En moins d'une heure, les questions de préférence ouvertes ont facilité l'expression du patient et permis le recueil d'une **quantité importante d'informations**, sûrement plus importante que celle obtenue au cours d'une consultation de médecine générale limitée par le temps. Le débriefing suite à l'entretien a aussi permis de recueillir d'autres informations. Ce débriefing et la proposition faite au patient de lui faire relire le verbatim et de le critiquer en cas de non-compréhension de ma part rejoignent l'intérêt de faire participer le patient à **la validation de son diagnostic éducatif**, ce qui facilite son apprentissage (39). En effet, réaliser un diagnostic éducatif avec le patient permet aussi de lui rendre compte de ce qui a été entendu (émotions, pensées,

questionnements, représentations), de restituer avec lui ce qu'il a compris, de visualiser l'écart entre ce qu'il fait et ce qu'il voudrait faire, de faire le point sur les éventuels malentendus, le tout à un moment donné (37).

Le diagnostic éducatif s'intègre dans une démarche éducative qui s'inscrit dans la **complexité des maladies chroniques** dont la durée et les complications rendent plus difficiles les stratégies d'intervention et favorisent l'incompréhension ou la méconnaissance du patient (39). L'exemple de la dimension biomédicale montre bien cette complexité :

Les habitudes de consommation (type, fréquence, évolution, contexte, manière de consommer) fournissent des informations sur la **relation qu'entretient le patient avec l'alcool** ainsi que son **niveau de dépendance**. Les questionner revient à rechercher les **mécanismes** qui sous-tendent la consommation pour agir en conséquence. La convivialité, les problèmes de santé ou une maladie grave, les difficultés familiales, professionnelles ou financières, les problèmes anxio-dépressifs, la consommation par mimétisme social, le besoin de se rapprocher de sa femme sont par exemple autant de raisons de boire. Chacune requiert des **discours** ou des **stratégies d'intervention différents**.

De fait, l'**intérêt d'une prise en charge addictologique sur Aizenay** et ses alentours semble confirmée. Les patients soulignent les habitudes vendéennes qui incitent à boire et qui ne sont pas aussi présentes dans les autres départements. La **cave vendéenne** est une institution. Trinquen y est une tradition et les individus sont initiés de manière précoce dans le cadre familial ou amical. Ce fait est corroboré par des études comme l'enquête ESCAPAD (40) (41) qui montre que le taux des adolescents initiés à l'alcool et vivant en 2014 dans les Pays de la Loire est supérieur à celui de la moyenne nationale (96% contre 89% en France) (41). Il est en outre rappelé le niveau historiquement élevé de morbidité et mortalité liées à l'alcool dans les Pays de la Loire. Les habitudes ont été acquises très jeune et tendent à persister à l'âge adulte, s'aggravent parfois suite à un événement traumatisant (famille chez P4, travail chez P7...) qui marque un tournant dans la consommation et qu'il faut donc repérer. L'âge de début doit aussi être retrouvé car la précocité est un facteur de risque de dépendance (P2, P4) (42).

D'autres éléments sont informatifs et nous aident à connaître le patient. Le **vin** occupe une place importante. Consommé couramment dans le milieu familial ou amical (souvent dans la cave), son coût relativement faible le rend plus abordable et on le retrouve souvent au cours du repas où il a le statut d'aliment. Les apéritifs sont associés à la notion de convivialité et rythment aussi la journée. Quelques patients fuient les alcools forts, considérant qu'ils sont plus mauvais pour leur santé que le vin ou la bière qu'ils boivent, ou qu'ils sont un pas de plus vers l'alcoolisme. Consommer des alcools forts peut alors traduire une forte **dépendance** ou

bien l'envie d'avoir des effets plus rapides et puissants **pour oublier ses ennuis** (recherche d'une ivresse plus rapide, d'un effet amnésiant, P4 par exemple) tandis que leur remplacement par des alcools faibles sous-tend la **peur des conséquences** et une **envie d'agir sur sa consommation** (P12). Les quantités consommées sont très variables, atteignant parfois plusieurs litres. En avoir connaissance donne un indice pour le **niveau de risque** ou le **degré de dépendance** du patient et est un pré-requis à la détermination des **objectifs de réduction**. Une consommation quotidienne est en faveur d'une dépendance ou d'une simple habitude. S'il elle est épisodique, il faut savoir rechercher le facteur déclenchant. La manière de consommer est aussi très informative, les patients dissimulant ou non leur consommation selon qu'ils la banalisent ou la culpabilisent. Elle donne un indice sur les **traits de personnalités du patient**. Par exemple, des patients comme P2 sont plutôt dans la recherche de sensations avec un faible évitement et même une recherche du danger. D'autres comme P1 ont plutôt une consommation en réponse à des réactions émotionnelles excessives ou des difficultés relationnelles. Ces traits de caractère sont retrouvés dans une présentation du professeur Michel Reynaud (43) et montrent respectivement une sensibilité aux effets plaisirs et aux effets apaisants. Ils peuvent servir de base de travail au soignant.

La plupart des patients ont déjà bénéficié d'une prise en charge addictologique dont l'efficacité et les effets secondaires, c'est à dire le **vécu du traitement**, conditionnent en partie la foi du patient envers les thérapeutiques ou les soignants. À ce titre, il est intéressant de noter l'**importance du suivi** aux yeux des patients ainsi que l'obligation d'**être motivé**, d'avoir la volonté pour être traité correctement. Les échecs antérieurs ont parfois amené le patient à se tourner vers des traitements non médicamenteux voire des **médecines alternatives** (P12), ce qui peut témoigner d'une certaine défiance envers les prises en charge plus conventionnelles.

Le diagnostic éducatif a aussi des **vertus thérapeutiques en libérant la parole**. Ainsi, P7 s'est sentie soulagée après mon entretien. Enfin, il permet aussi de retrouver les connaissances et représentations du patient, ses ressources personnelles (son expérience du traitement, les soutiens dans son entourage), les situations qui lui posent problème, les éléments qui peuvent l'amener à réfléchir et à motiver sa réduction... Ces points seront abordés par la suite.

En conclusion : le diagnostic éducatif est une étape indispensable dans un programme d'ETP. En évitant l'incompréhension et la méconnaissance du patient ou des mécanismes qui sous-tendent son action, il diminue le risque d'erreur et d'échec. Il est la base d'une alliance thérapeutique et d'une démarche d'éducation qui fait sens pour le patient.

IV.2.b) L'inclusion dans le programme d'éducation thérapeutique dépend du niveau de risque et de la motivation du patient

Globalement, l'ETP est méconnue des patients. Une **majorité d'entre eux** se montrent **intéressés** par la participation à un programme d'ETP, après qu'ils aient reçu des explications sur le déroulement et qu'ils aient entendu des exemples concrets d'application (d'où l'utilité d'une comparaison avec les autres programmes actuellement réalisés au cabinet). Le suivi est en effet pour eux une composante importante du traitement, d'autant plus que l'addiction à l'alcool ne guérit jamais définitivement et qu'il y a un risque de rechute. Les motivations sont diverses : préserver sa santé, son autonomie ou son entourage, éviter les ennuis judiciaires, retrouver sa liberté... Toutefois, quelques patients ne **souhaitent pas** ou ne sont **pas prêts** à intégrer le programme d'ETP. Certains refus sont conditionnels et liés à la volonté d'anonymat (on proposera dans ce cas des séances individuelles) ou à la survenue imminente d'une rechute chez un patient sevré (P13). Mais d'un point de vue général, la volonté d'y participer ou non dépend en fait de deux facteurs :

- le **niveau de risque** (usage à risque, usage nocif, dépendance) d'où l'intérêt d'utiliser les classifications de l'OMS ou du DSM pour sélectionner les patients / former des groupes.
- le **niveau de motivation à changer** auquel se trouve le patient. Ces étapes du changement ont été décrites dans le cadre du **modèle trans-théorique** développé par les psychologues J.O Prochaska et Carlo C. DiClémente (44) :

- Stade de pré-contemplation : Le patient pense qu'il n'a **pas de problèmes** avec sa consommation. Il constate surtout les bénéfices qu'elle lui apporte et ne compte **pas modifier son comportement**. L'entourage exprime des inquiétudes et le patient présente une stratégie d'évitement / de déni. Dans cette étude, il s'agit du patient P3 qui a été dépisté grâce au questionnaire AUDIT en consultation. Le soignant doit alors établir une **relation de confiance** avec le patient et lui donner des **informations** dans une stratégie de réduction des risques et pour favoriser la prise de conscience.

- Stade de contemplation : Le patient est **ambivalent**, réfléchit à un changement de comportement mais hésite à renoncer aux bénéfices apportés par l'usage de la substance. Il a deux avis opposés sur sa consommation, compare les pour et les contre entre ceux de sa situation actuelle et ceux d'un changement. C'est la **balance décisionnelle**. Dans cette étude, il s'agit des patients P14 et P16 dont l'un a été dépisté grâce au questionnaire AUDIT. Le soignant cherche alors à développer la **motivation** du patient en utilisant des outils comme l'entretien motivationnel. Il explore l'ambivalence et insiste sur les divergences entre le

comportement de consommation et les valeurs du patient (tels la famille, le travail ou la santé psychique comme on a pu le voir dans cette étude).

- Stade de détermination / préparation : Le patient envisage une **action dans un futur immédiat**. Il prend des décisions et commence à les matérialiser dans le temps. Dans cette étude, il s'agit des patients P5 et P6. Le rôle du soignant est alors de **valoriser les décisions de changement** et d'aider à trouver la bonne stratégie : inventorier les **aides disponibles**, fixer des **objectifs concrets et à court terme**.
- Stade de l'action : Le changement entraîne des modifications du style de vie et par conséquent des difficultés importantes. Le soignant doit **soutenir les efforts** du patient et **maintenir sa motivation**.
- Stade de maintien dans l'action : Le changement s'intègre dans la durée (P12, P13). Le patient doit **travailler la rechute** même s'il est moins à risque que celui qui est au stade de l'action. Le soignant doit alors **lister les situations à risque** et faire acquérir des **systèmes d'alarme ou des outils en cas de rechute**.
- Stade de rechute : Non obligatoire, elle peut faire partie du processus de changement. Le soignant doit faire **dédramatiser** cette rechute pour éviter le découragement, **anticiper** pour que la demande d'aide soit la plus rapide possible, pour mobiliser les réseaux de soutien.
- Stade de sortie permanente : Le patient consolide la phase de maintien. C'est la réussite finale du processus (P2).

En conclusion : pour le médecin qui souhaite inclure le patient dans un programme d'éducation thérapeutique dédié à l'alcool, il paraît important d'évaluer le niveau de risque et le stade du changement auquel se trouve le patient. L'ETP semble avoir toute sa place comme moyen d'information ou d'action, notamment dans les stades de détermination, d'action, de maintien dans l'action et de rechute.

IV2.c) Le programme et la contribution du patient

> La création du programme : un dialogue entre patient et professionnels

Les autorités de santé préconisent de **faire participer le patient** à la conception de l'ETP (12), (45). Les patients interrogés sont dans l'ensemble intéressés par cette proposition mais se demandent de quelle manière concrète ils peuvent aider. On peut s'inspirer d'autres programmes pour répondre à cette question, même si ceux-ci ne concernent pas l'alcool. En

voici un exemple : un programme portant sur vingt-cinq personnes traitées pour une artérite des membres inférieurs et suivies à Grenoble ou Montpellier (45).

Dans un premier temps, les patients ont complété un questionnaire explorant leur connaissance de la pathologie et leurs attentes en matière d'information. Dans le même temps, les équipes soignantes ont bénéficié de six journées de formation qui les ont familiarisées avec l'ETP et lors desquelles elles ont pu concevoir la réalisation du programme. Des réunions avec les patients ont été intercalées entre ces journées de formation.

La première réunion a été **dédiée aux patients** qui ont pu se présenter aux soignants, partager leur expérience de la maladie (circonstances d'apparition, étapes et prise en charge, retentissement sur la vie quotidienne) ainsi que préciser ce qu'il leur semblait le plus important dans les explications et les conseils des soignants (aide à la prise de conscience et acceptation de l'idée de chronicité par exemple). Grâce à un résumé des propos des patients, les soignants ont débuté la **rédaction des objectifs d'ETP** ainsi qu'une **ébauche de son plan général** lors des deux journées de formation suivantes.

La deuxième réunion des soignants et des patients a été l'occasion pour les soignants de présenter les conclusions des journées de formation à l'oral puis à l'écrit. Les patients ont donné leur avis puis questionné les soignants sur la pathologie et ses traitements. Poursuite de l'élaboration du programme d'ETP lors de trois nouvelles journées de formation en tenant compte des conseils des patients.

La troisième réunion entre les patients et les soignants a été l'occasion de présenter les conclusions des journées de formation précédentes (titre, déroulement et activité du programme, outils pédagogiques) qui ont été commentées par les patients.

Au cours de la quatrième réunion, les discussions entre patients et soignants ont porté sur l'organisation des ateliers et la suite du programme.

Chaque réunion entre patients et soignants a fait l'objet d'un compte-rendu détaillé. En outre, les patients ont contribué à l'**élaboration du guide d'entretien** utilisé pour la consultation d'orientation et du diagnostic éducatif.

Les propos des patients ont **influencé le contenu des séances**. Par exemple, les nombreux témoignages mentionnant la douleur ont conduit à la création d'un atelier collectif sur la douleur. Un autre exemple porte sur la chronicité de la maladie : celle-ci est abordée lors d'un débat entre patients et soignants portant sur différentes affirmations. Chacun émet un avis en précisant s'il est en accord ou non avec l'affirmation (*Tout à fait d'accord, plutôt, pas vraiment, pas du tout*).

Les discussions entre patients lors de la conception du programme leur ont fait prendre conscience des bienfaits d'un groupe de travail et donc des **avantages de séances collectives**, avantages soulignés par P6, P7 dans notre étude. Des groupes de discussion entre patients ont donc été créés, pour lesquels les objectifs et le déroulement n'ont pas été rédigés de manière précise tandis que les thèmes des échanges n'étaient **pas déterminés à l'avance**.

Cette collaboration entre patients et soignants a eu pour conséquence de modifier les représentations de ceux-ci sur les patients qui, d'individus individualistes et fatalistes, sont devenus de **véritables partenaires**. Les soignants ont constaté l'écart entre les explications qu'ils pensent délivrer et ce qu'en retiennent vraiment les patients.

> Le patient-expert

Selon la loi (article L-1161-1 du CSP (46)), l'éducation thérapeutique peut être dispensée par des professionnels de santé avec le concours d'autres professionnels mais aussi de **membres des associations agréées** ou des **organismes œuvrant dans le champ de la santé**. Des compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et relationnelles, biomédicales et de soins sont alors requises.

Le patient qui fait partie d'une association peut donc devenir **patient-expert**. De préférence, celui-ci doit être sevré depuis au moins deux ans (6). Suite à une formation en ETP, il peut contribuer à la construction d'un programme ou donner son avis sur un programme en cours (nature des documents d'information ou des outils pédagogiques, besoins non abordés en séances...). Il participe aussi au recrutement des patients, à la réalisation du diagnostic éducatif et des entretiens individuels, à l'animation des séances collectives, au bilan de fin de programme et peut constituer le **fil rouge** en guidant les autres patients tout au long des ateliers. Du fait de sa crédibilité, le patient-expert a un rôle particulièrement utile dans les ateliers à fort retentissement émotionnel ou lorsqu'un changement d'habitude est à envisager (activité physique, alimentation, addictions comme le tabac et bien sûr l'alcool). Enfin, il est un atout pour faire acquérir aux autres patients des compétences psychosociales comme la manière de communiquer avec son entourage, le bon choix des personnes-ressources, l'acceptation du regard des autres, le maintien de l'estime de soi ou encore faire face à l'incompréhension des autres (47).

Dans cette étude, le patient P2 semble être un **bon candidat** pour être patient expert. En effet, il fait partie d'une association dans laquelle il est amené à intervenir auprès de patients non sevrés (Alcool assistance Vendée), fait déjà de la prévention au sein de collègues, peut

témoigner comme patient sevré et poursuivant son abstinence. Le patient P2 accepte volontiers de participer au programme, à condition qu'il ne soit pas contraint de s'investir tous les jours. Les associations de patients souffrant d'addiction à l'alcool étant fréquentes en Vendée (Vie Libre, la Croix d'Or ont été mentionnées par les patients), il est légitime de penser que d'autres personnes pourraient jouer ce rôle de patient-expert.

En conclusion : la conception d'un programme d'ETP à Aizenay doit être une concertation avec les patients, l'occasion pour eux de choisir le fond et la forme des ateliers en fonction de leurs préférences et de leurs priorités. Elle est aussi l'occasion de recruter un patient-expert qui fera le lien entre soignants et soignés.

IV.2.d) La conception: s'inspirer des autres programmes

L'intérêt pour l'ETP en addictologie prend de l'ampleur et les programmes sont donc de plus en plus nombreux. Quelques-uns ont été publiés sous forme de thèse ou de mémoire et il semble donc possible de s'en **inspirer**.

> Un programme de la région PACA :

L'élaboration de ce programme dans un centre de soins a fait l'objet d'un mémoire de capacité d'addictologie clinique en 2016 (8). En voici les grandes lignes :

- Une série de une à sept séances est organisée à raison d'une par semaine selon ce qui a été décidé avec le patient suite au diagnostic éducatif.
- Les séances sont **collectives** : huit à dix participants sur une plage horaire de 3 heures avec des pauses de 15 minutes toutes les 45 minutes.
- Les intervenants changent selon le contenu de la séance : **psychologue**, psychologue clinicien, diététicien, médecin...
- Une évaluation des compétences acquises est prévue après chaque séance.
- Le contenu des séances est détaillé dans le mémoire :
 - Séance n°1 : *Compréhension de la **pathologie***. Utilisation d'un jeu de société du type *trivial pursuit* avec des questions ouvertes et des thèmes (mécanismes de dépendance, complications...) puis retour d'expérience des participants.
Évaluation des compétences par auto-questionnaire.
 - Séance n°2 : *Compréhension et maîtrise du **traitement médicamenteux***. Étude d'une ordonnance / nouveaux médicaments et retour d'expérience / complément d'information.

Mise en situation en piochant les médicaments au hasard puis résolution des problèmes en commun.

Évaluation des compétences en remplissant une fiche descriptive de ses propres médicaments.

Organisation de la prise à l'aide d'un chrono-repère.

- Séance n°3 : *Compréhension et prise de conscience des facteurs inducteurs de **craving**.*

Énumération / listing des facteurs déclenchants et des sensations physiques/émotions qui leur sont associées ; les repérer et les noter s'ils surviennent avant la séance suivante.

Évaluation des compétences en s'aidant de la fiche d'observation des déclencheurs et des réactions initiale.

- Séance n°4 : *Apprendre à gérer ses **émotions** à l'aide d'un exercice de pleine conscience (prendre conscience des pensées responsables des émotions et du comportement), manipulation des illusions d'optique pour faire le lien avec les pensées erronées, formulation de pensées alternatives / hypothèses différentes sur une même situation...*

Évaluation des compétences par une mise en situation fictive (pensées négatives dans une situation à risque de consommation pour lesquelles il faut chercher des pensées alternatives).

- Séance n°5 : *Apprendre à gérer ses émotions par la relaxation.* Apprentissage de techniques de relaxation par observation et imitation de modèle.

Évaluation des compétences par mise en situation et application des méthodes de relaxation.

- Séance n°6 : *Affirmation de soi / Acquisition de compétences de **communication**.* Définition du comportement affirmé et de ses obstacles, caractérisation des différents comportements communicationnels et mise en pratique pour identification des composants de la communication non verbale. Exercices pour découverte de l'écoute active (téléphone arabe : importance de la reformulation / interrogatoire policier : importance de la réaction émotionnelle en miroir). **Jeux de rôle** et utilisation du « je ». Caractérisation des attitudes empathiques.

Évaluation des compétences : débriefing suite à un jeu de rôle filmé.

- Séance n°7 : *Mettre en œuvre des modifications de son mode de vie.* Travail en commun à partir de cartes sur lesquelles sont inscrits des mots clés en lien avec la **nutrition**, des aliments qui sont caractérisés et qui sont associés pour former un exemple de repas équilibré, listing des personnes ou situations appauvrissantes/nourrissantes.

Évaluation des compétences : réalisation d'une journée type alimentaire et de sa liste de course, d'un auto-questionnaire, réalisation d'un semainier des activités gratifiantes.

L'intérêt de ce type d'atelier est bien démontré par des études interventionnelles (48). Dans l'une d'entre elles, publiée en 2011 et portant sur 58 patients italiens souffrant d'addiction à l'alcool interrogés par questionnaires avant puis après éducation nutritionnelle, les résultats montraient :

- Une meilleure connaissance des groupes de nutriments et d'aliments (32,6 à 71,3% d'amélioration, $P < 0.05$).
- Un accroissement de leurs connaissances sur le lien entre alimentation et santé (32,6 à 71,3% d'amélioration, $P < 0.05$).
- Un accroissement de leurs connaissances sur la valeur calorique de l'alcool (26,6 d'amélioration à 67,7%).

Une proportion importante des patients (80%) est restée abstinente 6 mois après la fin du programme d'éducation nutritionnelle. Les auteurs supposaient que le programme est **efficace pour changer à la fois les mauvaises habitudes alimentaires et la dépendance à l'alcool** en raison de mécanismes physiopathologiques communs. Ils encourageaient donc la réalisation de ce type d'intervention.

> Un programme de la région Pays de la Loire :

Le programme précédent a été réalisé sur la région de Marseille. Mais des programmes d'ETP en addictologie dans les Pays de la Loire sont aussi en cours d'élaboration. Une thèse réalisée en 2018 propose ainsi un état des lieux et la construction d'un programme d'ETP portant sur les troubles liés à l'usage de l'alcool pour le **CHU de Nantes** (17).

Le programme propose :

● Un diagnostic éducatif partagé :

- Identifier l'environnement du patient (situation personnelle, entourage, aide déjà reçue).
- Connaître son rapport à l'alcool (circonstances de consommation, co-addictions, motivation à la baisse et objectifs).
- Connaître ses représentations sur les troubles liés à l'usage de l'alcool (complications, facteurs de craving, évaluation de sa consommation personnelle et de ses risques).
- Définir les capacités d'adaptation du patient (ressources personnelles, outils à sa disposition).
- Cibler les attentes du patient (objectifs du programme et de vie, conception du programme).

● Un projet de soins personnalisé afin d'acquérir :

- des compétences d'auto-soins.

- des compétences psychosociales ou d'adaptation.

Il détermine le type et la thématique des séances. Concernant la durée des séances, il a été décidé de ne pas suivre les recommandations de la HAS (30-45 minutes) mais de prolonger la durée à 90 minutes. Le nombre des thématiques a été initialement **limité à 4 pour favoriser le recrutement de patients et le démarrage du programme.**

• **Les séances et leurs thématiques :**

1- **Mieux connaître sa maladie :** utilisation des techniques du tour de table et du brainstorming suite à une brève présentation de l'intervenant, d'un abaque de Régnier.

Thèmes abordés : risques et dommages, effets positifs et négatifs de la consommation, propositions vraies ou fausses sur l'alcool.

2- **Apprendre à mieux gérer ses émotions :** utilisation des techniques du tour de table et de la photo-expression, d'un jeu de rôle (mise en situation à risque émotionnel), narration de situations personnelles.

Thèmes abordés : difficultés émotionnelles dans les situations de la vie quotidienne,

3- **Apprendre à mieux identifier les situations à risque :** brainstorming, présentation de situations à risque et tri parmi des scénarios types.

Thèmes abordés : situations à risque et la manière dont on peut y faire face.

4- **Savoir mieux prendre soin de moi :** création d'un blason à partir de plusieurs déterminants (personnage référence, objet référence, soutiens actuels, projet personnel, devise face à la maladie), listing à partir d'une fiche *force de caractère*.

Thèmes abordés : confiance en soi.

• **Le bilan éducatif partagé final :** Vécu de l'addiction, impact sur la vie quotidienne, rapports aux autres, perspectives.

On remarque que les **ateliers proposés dans ces programmes concordent globalement avec les choix des patients interrogés** et les ateliers plébiscités (Mieux comprendre l'addiction à l'alcool et ses traitements, astuces pour moins consommer et situations à risque, apprendre à être plus sûr de soi, moins stressé, hygiène de vie et malnutrition, voire P1 qui souhaiterait un atelier basé sur la communication avec son entourage). Si l'utilisation des outils de type brainstorming ou tour de table favorise le **partage d'expérience** recherché par certains patients (P6, P8, P10, P11), le caractère exclusivement **collectif** de ces séances peut toutefois aller à l'encontre du souhait de rester anonyme ou de commencer par des séances individuelles exprimé par certains patients (P4, P5, P7).

Les patients interrogés évoquent aussi le succès des prises en charge dont ils ont bénéficié par le passé : La cure à Royan et son suivi psychologique pour P11, la cure à Cholet et l'addictologue pour P13...). Les centres et spécialistes qui connaissent bien les patients du département ont l'habitude des prises en charge impliquant divers intervenants et font parfois de l'ETP, ces deux programmes en étant un exemple. Ils sont donc susceptibles de jouer le rôle de **conseillers** voire d'**intervenants ponctuels** dans un programme d'ETP ambulatoire.

En conclusion : Le succès du programme peut s'appuyer sur l'expérience des collègues et la réussite des prises en charge ou programmes similaires. La littérature scientifique et les publications sont aussi une source d'inspiration.

IV.2.e) Les thèmes abordés : du besoin aux ateliers

> Un atelier sur les connaissances

Les patients qui étaient d'accord pour participer au programme d'ETP souhaitent principalement en apprendre davantage sur les mécanismes, complications et traitements de l'alcool (huit patients). Ce besoin d'en connaître plus est corrélé une certaine **méconnaissance** dans les réponses données par les patients sur :

- Les complications :

En réponse à la question « *Quelles sont pour vous les complications d'une consommation trop élevée d'alcool ?* », les patients ont principalement fait mention des problèmes de foie ainsi que du constat de leurs propres problèmes. Les cancers n'étaient presque jamais évoqués sans relance sur la question. Parmi les cancers, aucun n'a pensé au cancer du côlon ou du sein et les patients paraissaient assez surpris lorsque je leur évoquais le lien avec l'alcool. À l'inverse, le problème de tension artérielle n'a été évoqué qu'une fois alors qu'il touche plusieurs patients. Là encore, des patients m'ont fait part de leur étonnement, notamment P15 qui ne comprenait pas les variations brutales de sa tension artérielle, quelques années auparavant tandis que sa consommation était plus importante. Il semble donc que les patients **ignorent parfois les conséquences de l'alcool sur eux-même**.

Comme le dit Sun Tzu, célèbre général chinois du VI^{ème} siècle av. J.-C., « *Connais ton ennemi et connais-toi toi-même.* » (49) Le patient doit avoir à sa disposition un minimum de connaissances sur les complications mais aussi sur les mécanismes et les déterminants de sa consommation pour agir en connaissance de cause.

La mise en place d'un atelier dédié aux connaissances est donc pertinente, et ce d'autant plus que les patients font preuve d'une certaine **curiosité intellectuelle**, n'hésitant pas à chercher l'information dans les dictionnaires (P1), internet (P12) ou à la télévision (P6, P11, P12).

- Le traitement : Dans la majorité des cas, son mécanisme d'action n'est pas connu. En outre, certains patients en ont subi des effets secondaires en l'employant à mauvais escient, ce qui les a parfois amenés à l'arrêter. Ce manque de maîtrise du traitement est donc dommageable.

- Les seuils recommandés et le calcul de la consommation :

Un rapport de l'INPES publié en 2007 met en lumière le **manque relatif de connaissance des repères de consommation à risque** chez plus de cinquante pour cent des enquêtés, d'autant plus si la personne est **peu ou pas diplômée**, ce qui est plutôt représentatif de la population interrogée. Il existe aussi une surestimation des seuils recommandés plus importante après 45 ans (soit la grande majorité des patients interrogés ici) et qui est en relation avec la quantité consommée, notamment quotidienne (50). Dans notre cas, rares sont les patients qui ont su rappeler ces seuils. Chacun se réfère à ses propres connaissances ou ressentis parfois influencés par l'entourage ou les événements de vie. Des patients comme P16 disent ne plus arriver à se situer la limite entre bonne et mauvaise consommation et souhaiteraient être plus informés. La notion de verre standard est plus connue mais reste floue. Celui-ci constitue pourtant une aide au sevrage, comme expérimenté par P12.

Il n'est pas facile pour les patients de s'y retrouver car les experts sont eux aussi en désaccord sur les seuils d'où l'intérêt de les aborder lors du suivi (51). En France, les repères de consommation font l'objet de nombreuses discussions car ils sont basés sur des études épidémiologiques anciennes, sont plus stricts que ceux fixés par l'OMS même si les travaux étudiant le lien entre cancers et consommation encouragent à établir des repères moindres que ceux établis aujourd'hui. Ils sont actuellement fixés par la HAS à (6) :

- 2 verres soit 20 grammes d'alcool par jour ou 14 verres par semaine pour femmes.
- 3 verres soit 30 grammes d'alcool par jour ou 21 verres par semaine pour les hommes.
- 4 verres en une seule occasion quelque soit le sexe.

Il est aussi conseillé de respecter l'abstinence au moins deux jours par semaine sans consommer et l'abstinence pendant la grossesse ou l'allaitement.

La SFA souhaite le maintien de ces seuils, car intégrés dans la conscience collective (52). L'ANPAA insiste sur le risque accru de pathologie ou de troubles du comportement au-delà de ces risques (53).

Il est par ailleurs intéressant de constater la **complémentarité des réponses données** par les patients, notamment sur les facteurs influençant la consommation (poids, sexe, âge, acquisition d'une tolérance physique par le corps...). En outre, si certains patients n'ont pas connaissance des verres standard d'alcool, d'autres en ont déjà entendu parlé grâce à leur prise en charge antérieure par un addictologue ou lors d'une cure de sevrage.

Il semble donc pertinent de mettre en place un **atelier destiné à mieux connaître les le traitement, complications et les seuils de consommation de l'alcool**. Plusieurs méthodes ou supports sont susceptibles d'être utilisés (54) :

- Comme on l'a vu, les connaissances des patients sont variées mais complémentaires, chacun pouvant exprimer une idée originale. C'est pourquoi un atelier collectif utilisant la méthode du **brainstorming** est particulièrement adapté. Le but est de produire un maximum d'idées portant sur un sujet ou mot précis en un temps relativement court.

Exemple : L'animateur présente un exposé sur le thème des risques liés à l'alcool puis note le mot « complications ». Il demande alors aux patients d'énumérer les mots ou idées en lien avec « complications » qui leur viennent à l'esprit sans avoir peur de se tromper. Toutes les propositions sont notées sur un tableau puis les patients identifient les catégories d'idées avant de les classer. L'animateur peut alors animer une discussion sur les idées émises puis conclut la séance par une synthèse des propositions émises par le groupe.

- Le **brainwriting** est une variante au brainstorming. Le patient doit rédiger ses idées sur une feuille de papier. Ensuite, chacun peut s'exprimer lors de la séance collective et évoquer les idées ou mots auxquels le thème lui a fait penser.

- **La carte sémantique ou conceptuelle**. Elle permet de structurer et d'organiser les connaissances d'un patient en apprentissage ainsi que l'évaluation de ces connaissances suite à une formation.

Exemple : L'animateur note sur un tableau le mot source, par exemple « traitement » puis les patients en font de même sur leur feuille. Ensuite, chaque participant dispose de 5-10 minutes pour noter autour du mot source « traitement » tout ce qu'il leur évoque. Une fois terminé, il relie entre eux le mot source et/ou les autres mots par des flèches sur lesquelles sont indiqués des liens de causalité (est dû à...), de conséquence (provoque...) ou d'action (oblige à...). Les feuilles sont ensuite collectées par l'animateur et celui-ci crée une carte sémantique collective par la mise en commun des mots et des liens fléchés des participants. L'atelier s'achève par un point de synthèse qui relève les différentes connaissances, valide les bonnes connaissances et

retranche les connaissances erronées. Outre le fait d'évaluer le raisonnement de ses patients, l'animateur peut ainsi cibler les priorités d'apprentissage.

- **Les supports d'information.** Des sites de prévention proposent des jeux de simulation avec verre doseur pour appréhender la notion de verre standard (55). Des brochures de l'INPES sont facilement accessibles et peuvent servir de support à l'explication des complications, des seuils et de la notion de verre standard d'alcool. Dans les entretiens, plusieurs patients ont souligné le rôle important des supports visuels et des médias pour informer, notamment les émissions de Michel Cymes. P12 dit avoir elle-même effectué des recherches sur internet, ce qui lui a permis de se faire sa propre définition du verre-standard. Diversifier les supports pédagogiques en utilisant des documentaires ou même l'outil internet peut donc s'avérer intéressant. Exemple d'illustration disponible sur la brochure de l'INPES :



Alcool pour faire le point par INPES santépubliquefrance

En conclusion : les connaissances sont le socle de l'autonomie et peuvent être abordées au cours d'un atelier collectif intégrant des méthodes de brainstorming, brainwriting ou de carte sémantique pour l'interactivité et le partage d'expérience tout en s'appuyant sur des supports écrits pour les explications.

> Un travail sur le vécu et les représentations

Les représentations diffèrent d'un patient à l'autre. Ainsi, l'alcool peut incarner le **mal absolu** du fait du contrôle total qu'il exerce (le « patron » de P2) ou de ses conséquences néfastes sur la santé de l'individu. L'abstinence est alors souvent un objectif prioritaire. D'autres patients ont une réponse plus nuancée, voyant dans l'alcool des **effets positifs aussi bien que négatifs** à partir du moment où l'on consomme de manière modérée. Ce sont ces derniers qui hésitent parfois à agir sur leur consommation ou souhaitent une simple réduction. En outre, tantôt l'alcool est une **drogue**, chez des patients dépendants qui n'arrivent plus à s'en passer, tantôt

il se substitue aux **médicaments**, aidant le patient qui n'arrive pas à gérer ses émotions à mieux dormir ou se sentir moins angoissé. Les patients le voient comme un ami sur le court terme et un **faux-ami** sur le long terme, détruisant plus l'individu qu'il ne soulage. L'appellation de drogue, de psychotrope ou de cercle vicieux (P11) par les patients sous-tend souvent un état de **dépendance psychique** envers l'alcool .

Suivant la définition qu'ils en donnent, les patients se voient plus ou moins comme un alcoolique, vision susceptible d'influer sur la reconnaissance de sa pathologie. Pour l'un, c'est celui qui boit seul. Pour un autre, c'est celui qui se cache car il a honte de sa consommation. Si le patient est devenu alcoolique, c'est en partie parce qu'on lui a transmis les gènes, parce que dans sa famille, on boit aussi. Ce qui ne l'empêche pas de se poser des questions sur l'origine de son addiction et ce besoin de réponses semble traduire un **sentiment d'injustice qui pousse au changement** et à la **recherche d'information**.

Pour un certain nombre de patients, l'efficacité ou l'innocuité de leur traitement font l'objet d'un certain scepticisme et sont conditionnées par la motivation. À l'inverse, le suivi paraît avoir toute sa place. C'est donc là tout l'intérêt de l'ETP dont l'un des principes est de combiner renforcement de la motivation et suivi du patient.

Il est évident que les représentations que se font les patients de l'origine de leurs problèmes, des propriétés de la substance dont ils abusent et de la manière dont celle-ci influe sur leur vie, ainsi que de la pertinence ou de l'efficacité des traitements jouent sur la manière dont ils situent leur consommation, sur leur parcours de soins et sur la manière dont ils vont accueillir / répondre aux thérapeutiques. Il est donc important de les prendre en compte. On emploie pour cela des outils comme la photo-expression.

La **photo-expression** est un outil fréquemment employé dans le domaine de la santé (56). Issue des techniques de photo-langage (marque déposée) et créée par deux psychologues lyonnais en 1965, elle utilise la photographie comme support à la parole. La photo-expression facilite donc l'expression par les patients d'un **vécu subjectif** et fait émerger ses **représentations ou ses croyances**. En réponse à une question posée, les animateurs et les participants choisissent la photo qui correspond le plus à la réponse qu'ils souhaitent donner puis la présentent aux autres. Chacun s'exprime ensuite librement sur sa photo et sur celle des autres. La photo-expression est de plus en plus utilisée en éducation thérapeutique, principalement au sein des ateliers collectifs car elle permet la confrontation aux représentations des autres patients, facilite l'expression des participants et le partage d'expérience. Les patients prennent conscience des points de vues similaires et différents qui

peuvent exister autour d'une même maladie. Il faut savoir répéter les ateliers de photo-expression au cours du temps dans le but de transformer les représentations et le discours du patient. Ainsi, dans une étude réalisée sur des patients diabétiques (56), les représentations des patients au cours d'un premier atelier de photo-expression concernaient l'histoire de la maladie, la vie personnelle et sociale en lien avec la maladie, les niveaux de compétence et de connaissances concernant l'auto-gestion, les expériences négatives vécues du fait de la maladie et les attentes vis à vis du programme d'ETP. Dans le deuxième atelier, ces représentations avaient évolué et avaient rapport avec la vie actuelle et passée de la maladie. En outre, le discours était davantage marqué par une projection sur l'avenir.

En conclusion : les représentations des patients doivent être analysées car elles sous-tendent les convictions, les interrogations ainsi que les valeurs du patient. Elles servent de base aux autres ateliers et sont susceptibles d'évoluer grâce à la photo-expression.

> Un atelier sur les émotions

Une bonne partie des patients ressentent des **émotions liées à leur consommation**. Celles-ci sont redondantes : anxiété, sentiment de honte ou de culpabilité, manque de confiance. Souvent responsables d'une certaine souffrance pour le patient, elles engendrent ou aggravent la consommation. L'alcool est alors utilisé pour soulager le patient mais ne fait en réalité qu'aggraver la souffrance, d'où la création d'un cercle vicieux. C'est pourquoi huit d'entre eux étaient potentiellement intéressés par un atelier portant sur la gestion du stress et de la confiance en soi, par l'entremise d'un psychologue ou d'un médecin.

Près d'un quart des patients interrogés souffrent d'une **pathologie psychiatrique** : trouble phobique (P16), anxiété généralisée (P5), syndrome anxio-dépressif (P1, P7) et d'autres disent avoir une personnalité anxieuse. Ce constat est corroboré par la littérature qui montre que la moitié des individus présentant un trouble psychiatrique vie entière cote pour un trouble addictif vie entière et réciproquement (57). Malgré des traitements prescrits (Miansérine, Escitalopram), les pathologies sont responsables de crises anxieuses intenses amenant à consommer pour se sentir mieux. Les patients semblent avoir des difficultés à répondre à un stress. Ce **défaut de coping** (ou faire face) est l'hypothèse de base des **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) qui sont les méthodes thérapeutiques les plus recommandées pour lutter contre la rechute (6). Les TCC ont pour objectif de développer des stratégies pour faire face aux situations susceptibles de favoriser la reconsommation. Suite à une évaluation

portant sur les processus cognitifs, les émotions et les circonstances favorisant la consommation d'alcool, des techniques adaptées à chaque situation sont employées pour favoriser le changement de comportement :

- la technique d'exposition : le patient s'expose en imagination au stimulus à risque. L'intervenant constate avec lui les réactions inadaptées qu'il a en présence du stimulus et son association à la consommation. Le but est alors de les remplacer par de nouveaux comportements et de travailler sa maîtrise de l'envie. (58)

- l'entraînement aux stratégies de coping : il est basé sur l'hypothèse que l'alcoolodépendance est une réponse inadaptée à la résolution de problème. L'amélioration des compétences sociales et une meilleure gestion des émotions négatives ont pour idée de prévenir les rechutes dans des circonstances similaires (59).

- le programme de renforcement communautaire : le patient réfléchit sur les avantages et inconvénients de l'alcoolisation et de l'abstinence. Il a pour objectif de renforcer le plaisir des activités réalisées sans alcool pour accroître le renforcement positif de l'abstinence (60).

Les autres méthodes qui ont apporté les meilleures preuves d'efficacité pour la réduction de l'anxiété associée à l'abus d'alcool sont l'activité physique, la bibliothérapie (utilisation d'une sélection de lectures comme d'un outil thérapeutique) et les techniques de relaxation musculaire. La pratique de ces dernières permet une réduction de l'anxiété comparable à celle de la thérapie cognitivo-comportementale après 4 mois de traitement (5). Des outils comme la photo-expression vue précédemment ou la **mallette COMETE** développée par le Comité régional d'éducation pour la santé de la région PACA permettent aussi de faire un travail sur les compétences psychosociales (gestion des émotions et du stress, confiance en soi...). (17)

Dans cette étude, quelques patients se sont montrés intéressés par des thérapeutiques complémentaires comme l'hypnose. L'**hypnose ericksonnienne** est en effet considérée comme une approche utile dans le traitement des addictions et des problèmes psychologiques en général (61) (62), notamment au cabinet de médecin générale (63). Son rapport bénéfice-risque est meilleur que celui des traitements qui ont l'inconvénient de pouvoir interagir avec l'alcool. En outre, elle positionne le patient comme acteur de sa santé et est adaptée aux approches de groupe grâce aux possibilités d'identification de patients partageant un même vécu (62). Malheureusement, elle n'a pas fait l'objet de beaucoup d'évaluation et joue plutôt le rôle de potentialisateur des autres techniques comme les TCC. (61)

La majorité des techniques citées précédemment nécessitent un minimum de **formation** pour les intervenants. Certaines sont l'objet de formations FAF ou DPC accessibles au médecin généraliste et l'un des médecins du cabinet est d'ailleurs déjà formé à la pratique de l'hypnose

grâce à un organisme, l'AREPTA. Dans ce type d'atelier, l'intervenant peut être un **psychologue**, comme le souhaitent volontiers les patients P1, P5, P16 voire P4. Le psychologue a en effet un rôle à jouer en facilitant l'expression du ressenti, l'acquisition des compétences d'adaptation ou psychosociales ainsi que leur évaluation (59).

En conclusion : La gestion des émotions est intriquée dans la présence des comorbidités psychiatriques, la survenue de situations à risque susceptibles de faire reconsommer. Celles-ci peuvent être abordées par un atelier géré par un psychologue. Différentes techniques seront utilisées suivant les habitudes et les compétences de l'équipe soignante, telles la relaxation, l'hypnose ou les thérapies cognitivo-comportementales.

> Anticiper les situations à risque, acquérir des compétences d'auto-soins

D'un côté, de nombreuses **situations à risque** amènent les patients à consommer : les propositions des clients ou des collègues auxquelles on n'ose pas refuser, les fêtes de famille et les soirées entre amis, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le manque d'occupation lorsque l'hiver arrive, les situations de stress ou de conflit relationnel, la vision de bouteilles dans un magasin ou à la télévision... D'un autre côté, les patients ont développé des **stratégies pour lutter contre la tentation** : refuser de boire des boissons sans alcool, focaliser sur son attention sur autre chose, être accompagné pour faire les courses... Ces stratégies font partie des compétences présentées par certains ouvrages pour faire face aux déclencheurs externes identifiés par les patients (65) : Éviter (se débarrasser de l'alcool à la maison...), s'échapper, se distraire (lire, aller au cinéma...), demander de l'aide. Elles nécessitent l'**identification préalable des déclencheurs** qui peut être réalisée grâce à l'établissement de fiches d'observation des déclencheurs ou grâce au brainstorming/photo-expression vus précédemment.

Les situations à risque sont celles qui font rechuter le patient. Il est utile de les anticiper et de les simuler pour apprendre au patient comment réagir lorsqu'elles surviendront réellement. Le thème abordant les astuces pour éviter de trop consommer et les situations à risque est d'ailleurs choisi par huit patients. L'un des outils proposés par la HAS est la **simulation à partir de l'analyse d'une situation** (13) (66) (67). Il est majoritairement employé au cours de séances collectives. Un climat de confiance est indispensable entre les joueurs et l'animateur doit être entraîné à réaliser ce type de méthode ainsi qu'au travail sur les relations (psychologue par exemple). Le thème et un objectif lié au thème sont définis. Les patients

jouent un rôle plus ou moins déterminé selon le scénario écrit par l'animateur et improvisent les dialogues. Un débriefing a lieu une fois les échanges entre les joueurs achevés : les acteurs expriment leur vécu et les autres patients font part de leurs observations éventuelles. La séquence de jeu se termine par un débat ainsi qu'une synthèse par l'animateur des points faibles et des éléments à améliorer. Le jeu de rôle est un outil ludique qui permet de travailler les domaines du **savoir-être** et du **savoir-faire** a un effet révélateur sur les problèmes de **communication verbale et non verbale**, favorise les représentations sensorielles. Le patient apprend à mieux connaître ses comportements et à les adapter, acquiert de nouvelles connaissances.

La gestion des envies d'alcool et des situations à risque peut aussi faire l'objet d'une **thérapie basée sur la pleine conscience** dont le principe est d'exposer l'individu aux sensations physiques et affectives de l'envie sans les éviter ni les renforcer mais plutôt de les accepter et d'y faire face. Elle permet de « surfer sur l'envie » sans y céder. L'application d'une telle thérapie peut s'appuyer sur les exemples présentés par certains ouvrages (65) .

En conclusion : Le repérage des situations à risque lors du diagnostic éducatif a pour but de trouver avec le patient des stratégies pour y faire face. Un tel entraînement peut se dérouler sous forme de simulation/jeu de rôle, l'un des outils de l'ETP, ou bien sous forme de thérapie s'appuyant sur la pleine conscience. Les situations à travailler seront identifiées grâce au diagnostic éducatif. Au vu de ce que déclarent les patients, on peut imaginer des scènes au travail, avec des amis, lors d'un moment de détresse... ainsi qu'un entraînement à la communication avec les proches, comme souhaité par certains patients

> D'autres ateliers : tabac, activité physique, alimentation, mémoire, sommeil

Le tabac :

- Plus de la moitié des patients interrogés sont fumeurs. Certains souhaitent arrêter de fumer pour des raisons communes à celles de l'alcool et ont émis l'idée d'un atelier sur le tabac. Suivant les recommandations de la société française d'alcoologie (5), l'association de plusieurs comorbidités addictologiques implique un **programme de soins global** intégrant l'ensemble des consommations , notamment celle du tabac voire des autres drogues. Lors du sevrage de l'alcool, l'arrêt dans le même temps du tabac permet de **diminuer le risque de reconsommer ultérieurement**. Les professionnels de santé impliqués dans le sevrage doivent par conséquent encourager l'arrêt du tabac et proposer de manière systématique une aide

pharmacologique. Un atelier dédié à l'addiction au tabac a donc tout son intérêt chez les patients souffrant d'une co-addiction à l'alcool mais risque de décourager le patient en accumulant les prises en charge, comme le suppose P7. En outre, une seule séance ne paraît pas suffisante car le patient doit aussi bénéficier d'un accompagnement de son sevrage tabagique qui ne doit pas prendre le pas sur le sevrage de l'alcool. Il est donc préférable d'informer le patient sur le sevrage du tabac au cours du programme d'ETP sur l'alcool puis de le réorienter vers une **prise en charge ETP centrée sur le tabac**. De telles séances existent au sein du cabinet d'Aizenay, menées par une infirmière Asalée.

La nutrition et la prise en charge diététique :

- Quelques patients interrogés, en particulier les femmes, affirment ne pas manger très équilibré et déplorent la prise de poids induite par l'alcool. Ils ont conscience de l'influence réciproque de leur alimentation et de leur consommation d'alcool. Quoique peu de patients apparaissent intéressés, ces données plaident en faveur de la mise en place d'un ou plusieurs **ateliers dédiés à l'hygiène de vie**, associant des **conseils sur la nutrition** (48) et sur **l'activité physique**. La pratique d'une activité physique apparaît efficace car elle favorise l'engagement du patient dans le changement, contribue à améliorer l'estime de soi même si ces affirmations ne sont pas entièrement confirmées par les études (5). Elle est aussi le moyen de lutter contre l'ennui qui entraîne l'envie de consommer chez certains patients et des patients comme P2 l'ont expérimenté. Sur Aizenay, une diététicienne travaille dans le cabinet médical et des associations pour la pratique sportive sont localisées dans les environs.

La mémoire et le sommeil :

- Les **problèmes de sommeil et mémoire** ont été mentionnés à plusieurs reprises par les patients et certains affirment avoir des oublis de manière récurrente (P4, P13). Environ 80 % des patients alcoolodépendants souffrent de troubles cognitifs notamment des problèmes de mémoire, de concentration ou de flexibilité mentale (68). D'apparition très précoce, ils ont un retentissement non négligeable sur la vie sociale ou professionnelle chez des patients qui n'en ont pas toujours conscience. Il peut aussi y avoir des conséquences pour **l'efficacité du programme d'ETP** en raison du risque d'oubli de rendez-vous (cas d'un patient qui n'a pu être interrogé pour cette étude) ou des informations données en consultation, mais aussi de leurs bonnes résolutions / projets thérapeutiques. Ces troubles doivent être dépistés car leur prise en charge peut aider à réduire ou arrêter les consommations, diminue le risque de rechute et améliore la qualité de vie des patients, l'un des objectifs finaux de l'ETP (6). Ceci

pourrait être réalisé au cours d'un atelier dédié mémoire comme c'est déjà le cas au cabinet avec l'infirmière Asalée.

En conclusion : Concernant certaines thématiques, le patient peut être réorienté vers les autres prises en charge ETP déjà mises en place sur Aizenay (tabac, cognition).

IV.2.f) Inclure l'entourage dans le programme d'ETP

Dans l'ensemble, tous les patients bénéficient d'un **entourage présent** et **potentiellement aidant**. La place de celui-ci est **prépondérante**, que ce soit la famille, les amis ou l'entourage professionnel. Premièrement, la fréquentation de certaines personnes amène le patient à consommer, par convivialité, par habitude, par peur de refuser (devant les clients, le patron ou les amis, par exemple). Au contraire, l'entourage joue aussi un rôle de soutien important. Nombre de patients disent avoir été aidés par leurs proches tandis qu'ils abordaient une période difficile de leur addiction (P2, P5, P8, P11). Davantage que les soignants, ce sont eux qui sont le plus en contact avec le patient, le connaissent le mieux. Les études vont dans ce sens et ont tendance à mettre en valeur l'apport d'un haut niveau de soutien social du conjoint ou de la famille ainsi que la perception par le patient de ce niveau de soutien social pour le maintien de l'abstinence à court terme (3 mois chez un patient dépendant au tabac) ou pour lutter contre le risque d'alcoolisation excessive (69) (70) (71). L'entourage du patient a en effet un impact positif sur les affects dépressifs, le niveau de détresse psychologique, les événements stressants de la vie ainsi que la sévérité de la consommation (70). Malheureusement, ce soutien peut disparaître sur le long terme du fait des conséquences de la pathologie, notamment les rechutes à répétition et la violence verbale parfois mentionnée par les patients (72).

À l'inverse, la présence dans l'entourage des patients de personnes souffrant elles aussi d'addiction est fréquente (P4, P12...) et corrobore le constat du Dr Kiritze-Topor qui évalue à 44% la prévalence d'une dépendance à une substance chez un apparenté au premier degré (42). Ceci peut avoir des conséquences néfastes en diminuant l'abstinence à long terme, en favorisant la rechute (69), en majorant le risque de consommation excessive. Cette relation est susceptible de refléter l'influence des comportements de consommation de l'entourage sur ceux du patient ou inversement, un impact de comportements communs sur la formation des ménages (71). C'est pourquoi l'**addiction du conjoint ou de proches doit aussi être prise en compte**, car elle est un facteur clé de la réussite du sevrage, comme c'est le cas pour P12 par exemple.

En conclusion : il semble important d'inclure l'entourage du patient dans un programme d'éducation thérapeutique dédié à l'alcool. Cette participation servirait à accroître la sensation de soutien du patient ainsi qu'à informer l'entourage sur les mécanismes et les conséquences de la maladie pour favoriser son rôle de personne-ressource.

IV.2.g) La participation du médecin généraliste

> Des avantages

Les patients mentionnent le médecin généraliste comme l'un des **intervenants principaux** de leur prise en charge et beaucoup s'orientent en priorité vers lui en cas de difficultés. Outre le fait d'être potentiellement plus accessible que l'addictologue, celui-ci a l'avantage d'avoir créé un **lien de confiance** avec le patient qui l'amène plus facilement à se confier et consulter. Dans une thèse réalisée en 2009 et qui s'attache à préciser les attentes du patient alcoolodépendant avant et après sevrage, le médecin généraliste représente une personne-ressource pour le maintien du suivi de l'abstinence, la gestion des situations de crise requérant écoute et disponibilité, la délivrance d'une information concernant la maladie, le diagnostic et l'orientation vers les spécialistes ainsi que de manière moins consensuelle la prise en charge du sevrage (73).

Le rôle d'orientation et de premier recours du médecin généraliste nécessite une connaissance approfondie des problèmes médicaux ou non médicaux du patient et donc de sa complexité, ainsi que de son entourage car il est souvent amené à suivre une partie de la famille. Comme cité précédemment, la **complexité de la maladie** et la **participation de l'entourage** font partie intégrante d'un programme d'ETP. Il est donc logique que le médecin généraliste puisse y jouer un rôle central, comme préconisé par les autorités de santé (34). Le travail quotidien du médecin généraliste l'amène à exercer des missions de coordination mais aussi de soutien psychologique, d'information, d'orientation, tel que le souligne le patient P5. On retrouve l'ensemble de ces missions dans un programme d'ETP.

> Des difficultés et des solutions

Peu de médecins généralistes sont impliqués dans des programmes d'ETP. Pourtant, nombre d'entre eux sont touchés par le sentiment d'échec et de lassitude qui les gagne au cours du suivi des maladies chroniques. Ils souhaitent alors acquérir des outils de communication pour

mieux se faire entendre par le patient ou des outils pratiques et concrets utilisables dans la pratique quotidienne (44). Ce manque de motivation s'explique en partie par des **contraintes temporelles et organisationnelles** (74)(45)(46) :

- **Contrainte de temps** : Inadéquation entre la durée des séances d'ETP individuelles préconisée par la HAS (30 – 45 minutes) et la pratique de ville et de campagne. Manque de temps pour la coordination, l'organisation des groupes par intervenants et patients.

Solution envisagée : Au vu de ce que font les médecins généralistes qui les pratiquent, une solution consiste en fractionner les temps éducatifs de manière à obtenir des petits objectifs répondant à des petits diagnostics éducatifs. Il n'y a donc pas forcément besoin d'organiser des séances d'ETP spécifiques car ceux-ci peuvent s'intégrer au sein d'une consultation classique. De plus, un logiciel informatique créé et dédié au programme d'ETP permet un gain de temps dans le compte rendu des séances d'ETP et des réunions des professionnels, la programmation des rendez-vous, la comptabilité... Ce gain de temps permet une meilleure efficacité et donc une meilleure rémunération des soignants. Le dossier médical partagé a quant à lui pour avantage un accès facilité de tous les soignants au dossier patient (avec l'accord de celui-ci), notamment lorsque les lieux d'exercice sont éloignés géographiquement.

- **Manque d'entraînement / de pratique** : Les médecins reprochent aux formations le manque de réalisme de leurs mises en situation qui sont éloignées de la pratique quotidienne, contrairement à ce qui est préconisé par l'OMS.

Solution envisagée : Elle semble se trouver dans le développement professionnel continu qui échelonne la formation au cours du temps en incluant une analyse des pratiques professionnelles et une acquisition ou perfectionnement des connaissances/compétences. Le médecin peut alors s'entraîner entre les journées de formation. Il est aussi proposé de mettre en place un annuaire des formations sur la région. Les formations nationales sont en effet généralement éloignées du lieu de pratique et donc peu accessibles.

- **Manque d'outils** : la conception du programme en lui-même pose parfois problème notamment la réalisation de bilan ou d'évaluation des séances, les difficultés de mettre en forme un programme ou de limiter les objectifs.

Solution envisagée pour le manque d'outils : il est proposé de s'aider des centres de ressource en ETP qui mettent à disposition des soignants des outils pédagogiques, une offre documentaire, des conseils méthodologiques, des séances de présentation d'outils, des expertises d'outils et des formations sur l'ETP. Concernant l'addictologie, il est aussi possible de s'aider de la boîte à outils du SRAE (35). On y trouve notamment des **tests** utilisables pour le diagnostic éducatif (AUDIT et FACE pour connaître le niveau de dépendance, DETA pour

rechercher un mésusage), des fiches d'information régulièrement mises à jour sur l'emploi de médicaments comme le Baclofène®.

- **Contrainte financière** : Le financement peut manquer pour faire de la coordination ou de la co-animation. Il n'y a pas de forfait déplacement.

Solution envisagée : Il est proposé une recherche de financements complémentaires (URML, FNPEIS), un partenariat avec l'industrie pharmaceutique et biomédicale ou des complémentaires santé pour le matériel médical voire une participation des patients à hauteur d'une dizaine d'euros (mais qui peut rebuter certains patients comme P7 qui ont des problèmes financiers). La rémunération au taux horaire de l'ensemble des intervenants peut être une solution, à condition de comptabiliser ce temps. Enfin, il semblerait plus intéressant financièrement pour un professionnel paramédical d'assurer la mission de coordination que pour un médecin.

- **Relâchement de la motivation des patients sur la durée** :

Ceci est d'autant plus important pour des patients dont l'observance au traitement mais aussi aux consultations n'est souvent pas optimale. Lors des entretiens, certains patients ne souhaitaient pas un cadre trop contraignant de l'ETP.

Solution proposée : Il faut s'assurer d'une certaine **cohérence** dans le suivi du patient. Le soignant qui réalise le diagnostic éducatif est aussi celui qui réalise la séance d'évaluation individuelle finale. Les séances collectives sont assurées par le même soignant qui fait le **fil rouge** d'où l'absence de redondance entre les séances, un meilleur accompagnement individuel de chaque patient, un suivi cohérent qui permet au groupe de patients d'évoluer à son rythme. Ce rôle de fil rouge peut être joué par le patient expert.

- **Problème de recrutement des patients** : Le nombre de patients recrutés et/ou présents lors des séances est insuffisant ou bien ils sont adressés trop tard dans leurs parcours de soins.

Solution envisagée : Le recrutement des patients peut se faire sur le mode du médicament traceur et consiste à recruter les patients traités par un médicament présent sur liste.

- **Autres problèmes rencontrés** : On retrouve aussi la difficulté liée au patient, comme ceux avec des pathologies complexes, les problèmes administratifs (lourdeur des formulaires, objectifs de l'ARS élevés), le manque de lien entre l'hôpital et la ville, l'absence de patient-ressource, la différence d'implication entre les infirmiers et les médecins (problème du médecin prête-nom).

Enfin, du fait des contraintes financières et notamment de l'enveloppe allouée par l'ARS pour la réalisation du programme, il semble matériellement plus facile de réaliser des séances

collectives. Outre l'intérêt pour des ateliers de type brainstorming ou jeu de rôle, ce type de programme ne convient pas à certains patients qui ne souhaitent pas être confrontés à leurs pairs. Le **médecin généraliste** est alors idéalement placé en début de prise en charge pour réaliser un travail d'amont, renforcer la motivation et l'assurance du patient pour qu'il sente près à intégrer les séances collectives programme d'ETP.

> Ne pas se décourager

L'ETP est une discipline passionnante et épanouissante, apportant de nombreuses satisfactions. Les témoignages de soignants abondent dans ce sens. Ainsi, dans une thèse réalisée au pôle de santé de Clisson, dans le 44, les soignants et les structures interrogés citent comme points positifs à leur pratique la satisfaction du patient, la possibilité d'échanger ou d'uniformiser les pratiques entre professionnels, l'apport de la pluridisciplinarité, la possibilité d'associer ETP et prévention ainsi que l'intérêt d'utiliser l'éducation dès l'entrée dans la maladie (75). Un intérêt particulier est porté à l'amélioration de l'écoute du patient, au travail d'autoévaluation de celui-ci ainsi qu'à un faible taux d'abandon des patients.

En conclusion : Le rôle du médecin généraliste est fondamental car il est un interlocuteur déjà régulier du patient dont il a une connaissance approfondie. Il peut s'appuyer sur le lien de confiance instauré entre lui et le patient pour le convaincre du bien-fondé d'une ETP ainsi que de l'intérêt des séances collectives. À l'inverse, c'est aussi à lui de réorienter les patients trop comorbides ou trop dépendants vers les structures spécialisées.

V.Conclusion

L'addiction à l'alcool est un problème fréquemment rencontré en médecine générale. Sa prise en charge est difficile du fait de la multiplicité des facteurs impliqués dans sa genèse propres au patient et à son environnement. Cette complexité peut être appréhendée au cours d'un diagnostic éducatif qui permet de retrouver le vécu, la personnalité, les difficultés, les connaissances, représentations et compétences, les objectifs de vie ou de consommation du patient qui fixent à leur tour ses besoins et attentes en termes de prise en charge. La détermination de ces derniers chez les patients du cabinet d'Aizenay est en faveur de la création d'un programme d'éducation thérapeutique afin d'accompagner les patients qui souhaitent agir sur leur consommation d'alcool ou éviter une rechute, intégrant des ateliers de compréhension de la pathologie et du traitement, de travail sur les représentations et de gestion des situations de stress ou à risque. Suivant les comorbidités des patients, d'autres ateliers peuvent s'y adjoindre sur la prise en charge du tabac, les troubles cognitifs ou la nutrition. Les méthodes utilisables sont celles qui ont fait leurs preuves avec d'autres programmes d'ETP : brainstorming, brainwriting, carte sémantique, photo-expression, simulation et jeu de rôle, thérapie cognitivo-comportementale et hypnose. Les contraintes financières du programme plaident pour la réalisation de séances collectives mais peuvent être un obstacle pour les patients qui souhaitent préserver l'anonymat. La mise en place du programme doit être faite avec la participation des patients eux-mêmes, de leur entourage mais aussi d'intervenants extérieurs comme les associations. Sa réalisation au sein d'un cabinet de santé pluridisciplinaire est confortée par le rôle important joué par le médecin généraliste, malgré les difficultés qu'il peut rencontrer et mises en valeur par plusieurs travaux. Il serait intéressant d'évaluer l'efficacité d'un tel programme sur la réduction de consommation ou le taux de rechute des patients, la réalisation de celui-ci pouvant faire l'objet d'une seconde thèse sur le cabinet d'Aizenay.

VI. Annexes

VI.1) Annonce pour le recrutement des patients du cabinet

Thèse médecine générale portant sur l'alcool RICHARD Maxime médecin généraliste

Bonjour,

Étant médecin généraliste remplaçant au cabinet médical d'Aizenay, je recherche des patients souffrant d'addiction à l'alcool (suivis ou non) ou souhaitant tout simplement diminuer leur consommation d'alcool car ils pensent en consommer trop pour leur santé et désirent des informations et/ou une aide pour y arriver.

Mon objectif est de réaliser des entretiens auprès des patients volontaires, de manière anonyme, afin que ces entretiens puissent servir de base à la mise en place éventuelle d'un programme d'accompagnement au cabinet. Cela n'engage en rien les patients interrogés à une quelconque adhésion au programme.

En outre, ces entretiens sont un pré-requis indispensable à la réalisation de ma thèse dont l'obtention me permettra, comme beaucoup le savent déjà, de m'installer.

Je recherche donc 10 à 15 patients pour des entretiens anonymes d'une durée de 30 minutes à 1 heure maximum.

Si vous êtes volontaire, n'hésitez pas à contacter le secrétariat du cabinet médical d'Aizenay au 0251943529 en me laissant vos coordonnées. Sinon, je compte sur vous pour faire passer mon annonce aux intéressés.

Merci à tous les patients qui liront cette annonce.

RICHARD Maxime médecin généraliste remplaçant, cabinet médical d'Aizenay.

VI.2) Formulaire consentement du patient

(inspiré de celui de l'université de Lille)

Faculté de médecine de Nantes

1 rue Gaston Veil

44000 Nantes

Étudiant : RICHARD Maxime

Directeur de thèse : SURRAULT Anne

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médical :

« Besoins et attentes des patients souffrant d'addiction à l'alcool dans la perspective de l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique dans la maison de santé pluridisciplinaire d'Aizenay, en Vendée »

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat.
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité.
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées.
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes.
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant.
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil de données effectuées.
- Que les enregistrements seront détruits à la fin des travaux.

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur. Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est à dire de manière anonymisée. En vertu des articles 39,40 et 56 de la loi numéro 79-17 du 06 janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux

libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article 1111-7 du code de santé publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait à Aizenay, le 02/01/2019

Faculté de médecine de Nantes

1 rue Gaston Veil

44000 Nantes

Étudiant : RICHARD Maxime

Directeur de thèse : SURRAULT Anne

Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou madame

Prénom..... Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale

« Besoins et attentes des patients souffrant d'addiction à l'alcool dans la perspective de l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique dans la maison de santé pluridisciplinaire d'Aizenay, en Vendée »

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenu par RICHARD Maxime, médecin généraliste remplaçant et étudiant en seconde année de thèse à la faculté de médecine de Nantes.

Fait à..... le.....

Signature

VI.3) Questionnaire patients

Introduction sur le sujet et les modalités de la thèse.

1- Profil :

- Quel âge avez-vous ?
- Dans quelle ville habitez-vous ?
- Quel est votre niveau d'étude ?
- Quel est / était votre métier ? Votre source de revenus ?
- De quelle manière occupez-vous votre temps libre ?
- Êtes-vous marié ? Avez-vous des enfants ? Un cercle d'amis ?

2- Pathologie et comorbidités :

- Êtes-vous suivi ou traité pour des problèmes de santé ? Lesquels ?
- Êtes-vous fumeur ou ancien fumeur ? Avez-vous d'autres types de consommation ?
- Quelle est votre consommation d'alcool actuelle ? Quantité ? Type d'alcool ? Dans quelles circonstances êtes-vous amené à consommer ?
- À quel âge avez-vous consommé pour la première fois ? Comment avez-vous été amené à consommer ?
- Avez-vous déjà été aidé ou suivi pour des problèmes d'alcool ? Par qui ?

3- Représentations :

- Quelle représentation avez-vous de l'alcool ? Pour vous, la consommation d'alcool est-elle quelque-chose de bien ou de mal ?
- Pourquoi consomme-t-on de l'alcool ?
- Selon vous, est-il possible de guérir d'une addiction à l'alcool ?

4- Connaissances et croyances :

- Qu'est-ce que la dépendance à l'alcool ? Comment devient-on dépendant ? Comment faites-vous pour lutter contre l'envie ?
- Comment calcule-t-on sa consommation d'alcool ? Avez-vous connaissance des seuils de consommation fixés par les experts et la raison pour laquelle on les a fixés ? Pourriez-vous me dire ce qu'est un verre standard ? Les alcools sont-ils équivalents et pourquoi ?
- Quelles sont les complications d'une consommation trop élevée d'alcool ?_Par exemple, savez-vous dans quel type de cancers elle est impliquée ?
- Comment fonctionnent vos médicaments ? Selon vous, peut-on boire de l'alcool si on prend des médicaments ? Que risque-t-on ?
 - Pourriez-vous me citer différents traitements et techniques pour diminuer l'alcool ? Pensez-vous qu'ils sont efficaces ?
- À qui selon vous, peut-on s'adresser si on a un problème d'alcool ? Savez-vous ce qu'est un CSAPA ? De quelle manière le médecin généraliste peut-il aider ?
- Où et par qui avez-vous appris ce que vous savez sur l'alcool ?

5- Choix de l'ETP :

- Quels sont vos projets de vie ? Vos envies ? Vos désirs ? Qu'est-ce qui vous empêcherait des les réaliser ?
- Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ? Qu'est-ce qui serait à améliorer ? Ressentez-vous le besoin d'avoir des conseils sur l'alimentation ?

- Êtes-vous de nature anxieuse ou déprimée, ou manquez-vous de confiance en vous ? Si oui, l'alcool vous aide-t-il à vous sentir mieux ? Ressentez-vous le besoin d'être aidé sur le plan psychologique ?

- Pensez-vous en savoir suffisamment sur l'alcool pour en consommer sans en abuser et avoir une vie saine ? Si non, qu'est-ce que vous voudriez apprendre ?

Relance : si pas de réponse, lister :

- Mieux comprendre sa maladie et ses traitements.
- Les mécanismes de la dépendance.
- Mieux comprendre le déroulement et les éventuelles complications du sevrage.
- Hygiène de vie et malnutrition.
- Problèmes de sexualité.
- Astuces pour éviter de trop consommer, situations à risque.
- Apprendre à être plus sûr de soi / moins stressé

- Par qui souhaiteriez-vous en savoir plus sur l'alcool ?

- Qu'est-ce qui vous donnerait envie de moins consommer de l'alcool ? Quelles difficultés pourriez-vous rencontrer lors de ce changement ? Que serait votre niveau idéal de consommation ?

- Seriez-vous intéressé par l'adhésion à un programme ou des séances où l'un des soignants du cabinet vous aiderait à mieux gérer votre consommation d'alcool ?

- Si oui, voudriez-vous participer à la création du programme ?

- Souhaiteriez-vous que le programme comporte la prise en charge d'autres problèmes ?

- Avez-vous déjà entendu parler de l'éducation thérapeutique ? Si oui, pourriez-vous en donner une définition ? (Si non, expliquer)

- Seriez-vous intéressée à participer à un programme d'éducation thérapeutique portant sur les problèmes de consommation ou d'addiction à l'alcool ?

VI.4) Verbatims

L'intégralité des verbatims issus de la retranscription des 16 entretiens n'a pas été incluse dans la thèse pour des raisons de place et de lisibilité mais aussi pour préserver au mieux l'anonymat du patient. Elles figurent en version numérique sur les clés USB remises au jury avec la thèse.

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis (e) 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, mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

VII- Bibliographie

1. De la Tribonnière X, Jacquet JM, Vidal J, Donnadiou Rigole H. Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. Santé publique. mai 2016;28:591-7.
2. OFDT (organisme français des drogues et des toxicomanies). Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
3. INPES. La consommation d'alcool en France en 2014 [Internet]. 2015 [cité 19 août 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>
4. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet. 6 nov 2010;376:1558-65.
5. Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement : Recommandations de bonne pratique de la SFA 2015. Alcoologie Addictologie. 2015;1:5-84.
6. Lejoyeux M. Addictologie. 3e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017. 446 p.
7. Cottencin O, Guardia D, Karila L, Rolland B. Alcoologie clinique. Presse Médicale. 1 déc 2012;41(12, Part 1):1248-58.
8. Langeron H. Élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient en addictologie - Prévenir la rechute chez la patiente alcoolodépendante [Mémoire de capacité d'addictologie clinique]. Université d'Aix Marseille; 2016.
9. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
10. HAS. Selincro - Synthèse d'avis de la commission de transparence [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/selincro_04122013_synthese_ct12945_2014-02-28_12-00-18_162.pdf
11. HAS. Recommandation relative à la prise en charge à titre dérogatoire de Lioresal et de Baclofene Zentiva (Baclofene) dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation. [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir21/annexe_baclofene_rtu_cd_du_20170426_maj.pdf
12. Paille F, Moirand R. Addiction à l'alcool. Rev Prat. Juin 2015;65:859-68.
13. HAS. Education thérapeutique du patient: définition, finalités et organisation [Internet]. 2007 [cité 19 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

14. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
15. OMS. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
16. ARS. Programme d'éducation thérapeutique du patient en Pays de la Loire [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/programme-education-therapeutique-patient-pays-de-la-loire_0.pdf
17. Robin Etienne. Education thérapeutique en addictologie: état des lieux et construction d'un programme portant sur les troubles liés à l'usage de l'alcool [Thèse de médecine]. Université de Nantes; 2018.
18. Service d'addictologie du CHU de Nancy. L'éducation thérapeutique en addictologie : présentation d'un programme au CHU de Nancy [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: <http://www.amiform.com/web/documentation-addictions/etp-en-addicto-20112014.pdf>
19. HAS. L'entretien motivationnel [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
20. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NML, Moreira MT. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 juill 2016;7.
21. IPCEM. Ipcem pour le développement de l'éducation thérapeutique [Internet]. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: ipcem.org
22. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. *Sante Publique (Bucur)*. 2007;Vol. 19(4):283-92.
23. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique. *AdSP*. 2001;36:11-3.
24. Deccache A. Education pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale. [Internet]. 1997. Disponible sur: <http://ofep.inpes.fr/apports/pdf/Deccache1997.pdf>
25. Barras A-CH, Chambouleyron M. Patients et soignants face à l'épilepsie: analyse qualitative de besoins. *Educ therapeutique Patient - The Patient Educ*. juin 2010;2(1):39-50.
26. Deprost A. Evaluation des besoins éducatifs des patients traités par anticancéreux oraux [Thèse de médecine]. [Lyon 3ème]: CLAUDE-BERNARD LYON 1; 2015.

27. Aubry C, Gay M-C, Romo L, Joffre S. L'image de soi de l'alcoolodépendant à travers l'échelle tennessee du concept de soi: Étude comparative entre hommes et femmes. *L'encéphale*. 1 févr 2004;30:24-31.
28. Adès J, Lejoyeux M. Complications psychiatriques de l'alcoolisme. *Revue du prat*. 1991;41(22):2259-63.
29. Alonso-Fernandez F. L'éthique et la personnalité de l'alcoolodépendant. *Alcoologie*. 1995;17(1):129-35.
30. Sessions P.M. Social casework treatment of alcoholics with the focus on the image of self. *Fox R Alcohol Behav Res Ther Approaches N Y Springer*. 1967;299-306.
31. Lequeux A. Alcool et sexualité [Internet] [Certificat interuniversitaire d'alcoologie]. [Université catholique de Louvain]; 2016. Disponible sur: www.reseaulcool.be/images/pdfCUI2/CIU_A.Lequeux_alcool_et_sexualite.pdf
32. Herriot L. Dénutrition et alcoolisme. In: *Carences nutritionnelles : étiologies et dépistage*. Les éditions INSERM. Paris; 1999. p. 221-37.
33. Vileyn M. Organisation de l'éducation thérapeutique du patient au sein des maisons de santé pluridisciplinaires [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Grenoble; 2011 [cité 19 août 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618724>
34. Ministère des solidarités et de la santé. Remise du rapport « Education thérapeutique du patient propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne » [Internet]. [cité 21 août 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/remise-du-rapport-education-therapeutique-du-patient-propositions-pour-une-mise>
35. SRAE. Addictologie-Structure régionale d'appui et d'expertise [Internet]. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.srae-addicto-pdl.fr/fr/boite-outils/>
36. Cretin F. Ressenti des professionnels de santé à l'issu d'une formation en éducation thérapeutique du patient [Thèse de médecine]. Nantes; 2017.
37. Frappé P. Initiation à la recherche. 2ème édition. Global Média Santé et CNGE; 2018. 224 p.
38. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016. 329 p. (Collection U).
39. Traynard P-Y. Le diagnostic éducatif. Une bonne idée pour évoluer. *Médecine des maladies métab*. 3 mars 2010;4(1):31-7.
40. Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, et al. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*. 2015;(100).
41. ORS Pays de la Loire. La consommation des jeunes dans les Pays de la Loire. Décembre 2015;

42. Kiritze-Topor P. In: Aider les alcooliques et ceux qui les entourent. 2ème édition. Paris; 2005. p. 240. (Masson).
43. Reynaud M. De l'alcoolique au patient expert [Internet]. Présentation présenté à: Congrès CAMERUP; 2016 nov 5 [cité 5 août 2019]; Bourges. Disponible sur: <file:///F:/Documents/Th%C3%A8se/Documents/Documents%20th%C3%A8se/Pr%C3%A9sentation%20Patient%20expert%20en%20alcoologie.pdf>
44. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* sept 1992;47(9):1102-14.
45. Sandrin B, Carpentier PH, Quéré I, Satger B. Associer des patients à la conception d'un programme d'éducation thérapeutique. *Santé pub.* avr 2007;Vol. 19:pages 313 à 322.
46. Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient | Legifrance [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASH1017847D/jo>
47. Cohen JD, Tropé Chirol S. Les patients dans les programmes d'ETP. *Rev Rhum Monogr.* 1 juin 2013;80(3):197-201.
48. Barbadoro P, Ponzio E, Pertoza ME, Aliotta F, D'Errico MM, Prospero E, Minelli A. Effects of Educational Intervention on Nutritional Behaviour in Alcohol-Dependent Patients | *Alcohol and Alcoholism.* *Alcohol Alcoh.* févr 2011;46:77-9.
49. Sun Tzu. L'art de la guerre - article 3.
50. P Guibert. Evaluation de la campagne de prévention alcool « idées reçues »-Inpes [Internet]. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008802.pdf
51. Belgherbi S, Mutatayi C, Palle C. OFDT: Les repères de consommation d'alcool: les standards mis en question [Internet]. 2015 [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsbv9.pdf>
52. Société française d'alcoologie, ANPAA et EUFAS. Recommandation de bonne pratique clinique: Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. In 2015. p. 148.
53. ANPAA. L'essentiel sur l'alcool. In 2014.
54. INPES. Fiches animation [Internet]. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: http://www.educsantepicardie.org/_admin/Repertoire/documents/610_101014061801.pdf
55. Crips île de France. Verre doseur - un outil développé par le cybercrips [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.lecrips-idf.net/miscellaneous/animatheque-verre-doseur.htm>
56. Devienne C, Delpech G, Untas A. La photo-expression : un outil pour accompagner le patient en éducation thérapeutique et pour évaluer son évolution. *Pratiques psy.* Juin 2019;25(2).

57. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2005;62(6):617-27.
58. Cooney NL, Litt MD, Morse PA, Bauer LO, Gaupp L. Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *J Abnorm Psychol*. mai 1997;106(2):243-50.
59. Monti PM, Rohsenow DJ. Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. *Alcohol Res Health J Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol*. 1999;23(2):107-15.
60. Smith JE, Meyers RJ, Delaney HD. The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *J Consult Clin Psychol*. juin 1998;66(3):541-8.
61. Pelissolo A. L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. *La presse med*. 15 avr 2016;45(3).
62. Seffert A, Magnin B. L'hypnose en groupe au service de l'éducation thérapeutique du patient malade rénal chronique (MRC). *Néphrologie & Thérapeutique*. sept 2018;14(5):385.
63. Aymard B. Apport de l'hypnose thérapeutique dans le sevrage tabagique en médecine générale [Mémoire – DU d'hypnose]. Nantes; 2014.
64. Léger P, Garnier P-H, Bauer D, Pialoux V, Hélias LL, Iguenane J, et al. Expériences de psychologues cliniciens en éducation thérapeutique. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 1 juin 2012;4(1):23-8.
65. Daeppen JB. La dépendance à l'alcool - guide de traitement combiné. In: *Médecine Sciences Flammarion*. p. 48.
66. Castelain-Hacquet C, Anton M, Bocquel N, Cordebar V, David V, Hoppé A et al. Éducation thérapeutique en allergie alimentaire : les outils éducatifs. *Rev Fr Allergol*. 1 déc 2011;51(8):664-8.
67. R.Picot et al. Technique d'animation: le jeu de rôle. *Pedagog Med*. 2004;(5):241-2.
68. Dervaux A. Dépister et traiter précocément l'alcoolodépendance. *La presse med*. 1 juin 2018;47(6):532-4.
69. Mermelstein R, Cohen S, Lichtenstein E, Baer JS, Kamarck T. Social support and smoking cessation and maintenance. *J Consult Clin Psychol*. août 1986;54(4):447-53.
70. Galanter M. Network therapy for addiction: a model for office practice. *Am J Psychiatry*. janv 1993;150(1):28-36.
71. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France: quelles sont les populations à risque ? *Issues Health Econ*. 1 janv 2008;129:1-6.

72. Romo L, Leleu S, Marquez S, Adès J. Effet de l'abstinence et rôle de la famille sur le profil psychologique des personnes alcool-dépendantes. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 sept 2009;167(7):546-8.
73. Terrade P. Attentes des patients alcool-dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage. [Thèse de médecine]. Université de Poitiers; 2009.
74. Devienne A. Education thérapeutique et maladie chronique en médecine générale: Etat des lieux en France et en Angleterre. Reflexion à partir de l'expérience d'une observation dans chaque pays. [Thèse de médecine]. Université de Nantes; 2012.
75. Cantian P. Education thérapeutique du patient en structure ambulatoire: état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée [Internet] [Thèse de médecine]. Université de Nantes; 2017.
76. Madiou JP. DSM-5 : approche conceptuelle et conséquences pour la clinique. *Le courrier des addictions.* déc 2013;15(suppl.4).

Vu, le Président de jury,
Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec

Vu, le Directeur de thèse,
Madame le Docteur Anne Surrault

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur Pascale Jolliet

NOM : RICHARD

PRÉNOM : Maxime

Titre de thèse : Quels sont les besoins et attentes des patients souffrant d'addiction à l'alcool dans la perspective de l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique dans la maison de santé pluridisciplinaire d'Aizenay, en Vendée ?

RESUME

L'addiction à l'alcool est une pathologie fréquente, grave et dont le taux de rechute important malgré les traitements mis en place nécessite un suivi prolongé. L'éducation thérapeutique représente une stratégie pour accompagner le patient. Bien que le médecin généraliste se positionne en première ligne pour aider le patient souffrant d'addiction à l'alcool, il existe actuellement peu ou pas de programme ambulatoire consacré à l'alcoologie en France. Cette étude est un travail de recherche qualitative analysant 16 entretiens semi-dirigés sous forme de diagnostic éducatif chez des patients souffrant de mésusage ou d'addiction à l'alcool sur le cabinet d'Aizenay. On observe des besoins et des attentes qui diffèrent selon le vécu, le stade de la maladie, les représentations et les connaissances du patient. Leur analyse sont en faveur de la création d'un programme fondé sur des séances individuelles ou collectives et portant sur la connaissance de la maladie, de ses complications et du traitement, la gestion des émotions et du stress, les comorbidités tabagique et cognitive, la nutrition. Le médecin généraliste, le patient lui-même, son entourage et les associations ont un rôle à jouer dans la création et l'animation du programme.

MOTS-CLES

Éducation thérapeutique du patient, Addiction à l'alcool, Diagnostic éducatif, Besoins et attentes des patients, Création d'un programme en ambulatoire