

PLAN

RESUME

INTRODUCTION

METHODES

RESULTATS

Psychopathologie de la dépendance

Approche sociologique du sevrage

Le parcours de soins : de l'errance à la rencontre

DISCUSSION ET CONCLUSION

Théorie du lien et de l'attachement

Rôle du soignant et en particulier du médecin généraliste

L'échec du sevrage : vers une réduction des risques ; un changement de paradigme

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Etude des déterminants du sevrage en alcool chez des patients cirrhotiques sevrés.

Marlon Lamoureux, Dr William Bellanger

Département de médecine générale, Faculté de médecine, Angers

Hépatogastroentérologie, CH Cholet

RESUME

Introduction :

La consommation excessive d'alcool est considérée comme la deuxième cause de décès évitable en France. Dans le cadre des soins primaires, il a été démontré que l'identification des usages excessifs d'alcool est insuffisante. Certains patients cirrhotiques parviennent à stopper ou diminuer leur consommation. L'objectif de ce travail est l'identification des processus psycho-sociaux et environnementaux à l'origine de la diminution de leur consommation.

Matériels et Méthodes :

Cette étude était qualitative, réalisée à partir d'entretiens semi-structurés au sein du centre hospitalier de Cholet. Les patients interrogés ont été au nombre de 10, atteints de cirrhose alcoolique, volontaires et déclarés sevrés. Enregistrées sous format numérique, les retranscriptions étaient anonymes et proposées à chaque patient en format papier. Un consentement a été signé et recueilli pour chaque entretien.

Résultats :

Le temps de l'addiction a été marqué par le non-dit, le vide et la perte de l'estime de soi, auxquels s'ajoutent des sentiments de honte et d'injustice. Les conditions de travail ont été présentées comme le motif d'entrée fréquent dans la maladie alcoolique, alors que le temps de l'arrêt de l'activité professionnelle a coïncidé le plus souvent avec le processus de sevrage. Les liens familiaux, conjugaux et médicaux ont été réactivés à ce moment là. Sur le plan médical, la cirrhose apparut comme une irruption brutale du réel, servant de levier au sevrage, alors que le médecin généraliste était plutôt décrit comme absent du temps de l'intoxication, voire moralisateur.

Discussion et conclusion :

Sur le plan psychopathologique, la problématique du lien et de l'attachement prend une place importante. Le produit a pour fonction de répondre au besoin de sécurité affective, pour combler un manque. Sur le plan médical, le positionnement paternaliste du médecin est dépassé, redevenant utile et aidant lorsqu'il se place en soutien et permet de consolider le socle de la santé du patient. S'agirait-il de prendre soins autrement des personnes alcooliques quel que soit le stade d'évolution de leur maladie ? Doit-on nous orienter plus vers une réduction des risques, plutôt que de s'efforcer d'obtenir un sevrage définitif ?

Mots-clés : Alcool. Dépendance. Sevrage. Cirrhose. Lien. Patient.

INTRODUCTION

La consommation excessive d'alcool est considérée comme la seconde cause de décès « évitable » en France, après le tabagisme (1). En 2009, 36 500 décès ont été attribués à l'alcool chez les hommes (13 % de la mortalité totale) et 12 500 chez les femmes (5 %). Quinze mille décès par cancer, 12 000 de cause cardio-vasculaire, 8 000 de maladie digestive (2).

Il est rare qu'un patient sans antécédent connu avec l'alcool consulte son médecin traitant pour ce motif (3). En 2007, l'observatoire de médecine générale (OMG) a enregistré 97 024 rencontres / an (consultations et visites) dont le résultat « problème avec l'alcool » (soit usage à risque, usage nocif ou alcoolodépendance) a été retenu pour 917 patients, soit 1,2 %. Cette incidence reste stable depuis cette date (3). Or, plusieurs études épidémiologiques comme l'étude ENGAM (4) de 1991, réalisées en France par des médecins généralistes (confirmée par d'autres plus récentes (5)), ont trouvées une prévalence totale des « malades de l'alcool » de 18 à 19,5 %. Pourquoi observe-t-on une telle différence ? Ne sont repérés par l'OMG que les actes et prises en charge des patients alcoolodépendants et pas l'ensemble des patients ayant un usage à risque ou nocif ; la valeur seuil de la consommation excessive diffère, et donc le repérage statistique.

La forte prévalence de la surconsommation d'alcool et de la mortalité attribuée à l'alcool dans la population générale invite à chercher les moyens d'identifier ces usages excessifs en soins primaires.

Cette consommation est responsable de morbidités fréquentes et graves affectant principalement le système hépatobiliaire et pancréatique (hépatite alcoolique aigue, carcinome hépatocellulaire, cirrhose, pancréatite), le système nerveux (encéphalopathie de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff, polyneuropathies périphériques, démence, fœtopathies), le système cardio vasculaire (HTA, troubles du rythme cardiaque) et les cancers (ORL notamment) (6).

La cirrhose alcoolique apparaît comme l'une des plus fréquentes, pour des patients ayant eu un usage nocif pendant de nombreuses années. Certains ont arrêté leur consommation, d'autres l'ont nettement diminuée.

Comment y sont-ils parvenus?

Quelles clés leur ont permis de mettre en place cette démarche de forte réduction des risques liés à leur consommation ? Comment, à travers leur histoire de vie, certains ont-ils trouvés les moyens de cesser leur consommation ? Quelles aides ont-ils eues ? Quel rôle l'environnement familial a-t-il joué ? Quelle place le médecin de famille a-t-il eu dans ce processus ?

La démarche médicale habituellement admise consiste à poser un diagnostic puis à proposer une thérapeutique. Cette pratique est alors évaluée par des études scientifiques (le plus souvent réalisées en contexte de soins hospitaliers dans des conditions expérimentales, rarement en soins primaires (3)). Certaines études ont interrogé les médecins sur leur façon de faire vis-à-vis des patients présentant une consommation d'alcool excessive. Elles ont montré que leurs interventions sont insuffisantes, tant dans le domaine du repérage que de la prévention et du soin (7). Les pratiques s'orientent désormais vers une réduction des

risques, et plus vers une attitude qui consiste à essayer d'obtenir un sevrage qui échouerait. Pourquoi ? Afin de préciser cette observation et d'en percevoir les enjeux, nous nous intéressons au point de vue des patients (ici cirrhotiques alcooliques se déclarant sevrés), afin de mieux comprendre les déterminants ayant amené au sevrage :

A côté des processus physiopathologiques de la dépendance, expliqués par plusieurs théories biomédicales (8) : la théorie membranaire (les membranes cellulaires se rigidifient au contact répété de l'alcool, qui devient un nouvel état d'équilibre. Ces dernières ne retrouveront leurs caractéristiques « naturelles » qu'après une longue période de sevrage), la théorie des déterminantes biologiques via les systèmes de neurotransmetteurs (GABA, Glutamate, endorphines et dopamine) qui régulent le fonctionnement des neurones (l'alcool facilitant ou inhibant leurs actions), et enfin la théorie des opioïdes endogènes (la prise d'alcool régulière crée des substances appelées endorphines, assimilables à la morphine, qui reste en mémoire dans le cerveau, même après de longue période d'abstinence), cette étude se propose d'étudier les processus psycho-sociaux et environnementaux repérables en contexte d'exercice médical en soins primaires, qui interviennent dans l'acte de baisser sa consommation d'alcool voire du sevrage.

Cette étude propose de s'intéresser à ces patients, à leur rapport au temps, à leur activité professionnelle, à leur mode de relation à l'autre (problématique du lien et de l'attachement), à l'image du corps, au processus de verbalisation dans la démarche de sevrage, à la place des proches (conjoint, famille, enfant) et au rôle de leur médecin traitant.

METHODES

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-structurés.

L'échantillon choisi a été un échantillon raisonné, comprenant 10 patients. Les critères d'inclusion ont été les suivants : patients volontaires, atteints de cirrhose alcoolique, quelque soit le stade d'évolution de la maladie, recrutés à l'hôpital de Cholet. Ces patients s'étaient déclarés sevrés de leur consommation. Les critères d'exclusion ont écarté les patients non volontaires, ceux dont la cirrhose n'est pas d'origine alcoolique ou mixte.

Le consentement libre et éclairé était recueilli systématiquement à chaque entretien.

Nous avons défini des variables pouvant apporter a priori de la pertinence à l'analyse (hommes/femmes, âge, catégorie socio-professionnelle, milieu rural/urbain).

Les références bibliographiques ont été recueillies à l'aide d'équations de recherche utilisées dans des moteurs de recherche comme Cairn, le Cismef et Google : « alcool + sevrage + médecine générale » ou « addiction + alcool + sevrage » ou « cirrhose + alcool + sevrage ».

Les entretiens semi-structurés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien ; pour explorer le processus du sevrage dans leur histoire de vie au travers des perceptions et des représentations qu'ils ont de la maladie hépatique, de l'addiction à l'alcool, du concept de sevrage, des complications de la maladie et ses traitements, des aides extérieures qu'ils ont sollicitées.

Ces différentes thématiques ont toutes été abordées dans l'ordre adapté au discours du patient.

Les entretiens individuels se sont déroulés à l'hôpital de Cholet. Les patients ont tout d'abord été contactés par téléphone afin d'expliquer le sujet de recherche et de programmer la date

et le lieu de l'échange, s'ils l'acceptaient. Ils ont été enregistrés sur support audio numérique à l'aide d'un dictaphone.

Il a été proposé aux patients qui le souhaitent une copie de la retranscription de l'entretien.

Les observations directes (au cours de l'entretien) et celles notées dans le journal de bord (après l'entretien) ont permis de compléter le contenu des données à analyser.

Le logiciel Sonal a permis d'organiser l'analyse ainsi que le stockage du verbatim.

RESULTATS

Au cours de ces entretiens, le moment raconté du sevrage intervenait une fois un ensemble de conditions réunies (sentimentales, familiales, sociales) et à l'aide d'un déclencheur ou « *coup de fouet* » (entretien E2). Pour tenter de comprendre comment arriver à cette situation, et par quelles étapes il a fallu passer, les résultats seront présentés en débutant par un constat du lien au produit, des ressentis, sentiments et rapport aux autres dont les patients m'ont fait part.

1. Psychopathologie de la dépendance

a. Vécu de l'addiction

Il est retrouvé, surtout chez les femmes, un sentiment de honte, de déni et de tabou social très fort (« *j'étais pas alcoolique, pas une poche-tronc* » (E1), « *je n'ai pas une tête d'alcoolique, moi* » (E6), « *je bois moins que d'autres* » (E4)).

Le déni de la consommation, « *ça ne peut pas être que l'alcool* » (E4), « *tout le monde boit du vin* » (E4), « *je ne buvais pas vraiment* » (E7), intervient au cours de l'entretien au moment où on évoque la relation et les échanges avec leur médecin traitant avant le sevrage. Ils ont eu au cours de leur histoire des échanges vécus comme difficiles, entraînant la rupture avec ces derniers. Ils décrivent un sentiment très intrusif, agressif, voire blessant ou humiliant. Il y a celui qui « *n'aime pas les alcooliques* » (E9, E3), celui qui « *ne donne pas d'explications* » (E2), celui qui n'en parle pas et donne le sentiment « *d'abandon, de mépris* », celui qui questionne l'addiction afin d'essayer de la diminuer pour en contrôler les risques.

L'injustice apparaît dans les entretiens, « *je ne bois pas plus que les autres* » (E4), « *pourquoi moi* » (E8). Ce sentiment sert de levier au sevrage, en permettant de retrouver du contrôle et de réduire le sentiment de culpabilité, en cherchant à obtenir l'aide de l'autre pour lutter contre cette injustice.

Le patient alcoolique sevré est très attentif à la consommation des autres. Allant même jusqu'à agir en vidant les bouteilles des autres en cachette pour « aider ». « *C'est un poison* », « *je le sens à 10 mètres* » (E6), il reste l'ennemi à combattre.

b. Rapport aux proches

La consommation est domestique, en partie cachée et sue de l'entourage mais non dite. On sait mais on n'ose pas dire, par peur de briser le lien familial, conjugal ou encore amical, « *ça ne servait à rien d'en parler, je n'étais pas prête* » (E5). Au contraire, cette parole familiale se délie après le sevrage, « *on en parle maintenant* », parfois de manière plus insistante, où le patient est testé par son entourage sur ses capacités à résister à la tentation, notamment lors des repas de famille et le temps de l'apéritif. Le lieu de vie familial, où les discussions sur l'addiction étaient évitées, devient celui où l'on en parle le plus, « *je n'ai plus de problème à en parler avec mes enfants* » (E5), « *je vois plus souvent ma fille et elle me pose la question* » (E7).

c. Rapport à la maladie hépatique

La maladie alcoolique, ici au stade de cirrhose du foie, ne se voit pas « physiquement », de l'extérieur du corps, raison pour laquelle il est difficile d'accepter de parler d'une maladie qu'il faut traiter. Ils expliquent avoir besoin du suivi, en général tous les 6 mois avec le médecin spécialiste du foie, mais on ne parle, pendant cette consultation, que de prise de sang, d'échographie, de la vie de tous les jours mais pas d'alcool. Il n'est pas nécessaire d'en

parler car cela n'est « *qu'une question de volonté* » (E3), et le sevrage est espéré ou vécu comme un fait établi mais rarement symbolisé (verbalisé), élaboré ou énoncé.

d. Retrouver de l'estime

Au même titre que les « tests » proposés par leurs enfants, les malades alcooliques parlent de combat, de lutte, de résistance. Il ressort une problématique de la faiblesse, de l'impuissance décrite à posteriori sur leur addiction, puis celle du rachat, de la force, du contrôle de ses actions, « *moi, le vin, je l'ai choisi, il ne s'est jamais imposé* » (E3). C'est une des raisons pour lesquelles le lieu privilégié de la parole libérée semble être le lieu familial, expliqué par le besoin de prouver à ses proches que l'on a repris le dessus sur le produit, que l'on est capable de faire autrement.

Sur le plan psychique, ces patients apparaissent déprimés, cherchant par l'alcool un effet réconfortant, anxiolytique et amnésiant, « *on finit par se droguer, ça fait tenir le coup* » (E2), « *ça me servait à oublier mes problèmes* » (E1). On ressent dans leur histoire une perte de l'estime de soi, une impression d'« inutilité sociale », s'accompagnant pour une d'entre eux d'idées suicidaires sans passage à l'acte. Le moment du déclenchement du processus de sevrage vient réactiver cette estime et cette place au sein de la société, de la famille et des amis.

La notion de risque médical sur le corps « objet » n'a que peu ou pas d'impact sur l'addiction. Ces derniers sont connus des patients, au même titre que ceux liés aux autres addictions comme le tabac par exemple. En effet, ces patients n'évoquent que très peu cette notion au cours de leur histoire, que cela soit avec leurs proches ou avec leur médecin traitant.

2. Approche sociologique du sevrage

a. Fonction sociale du produit

Sur le plan social, l'alcool joue un rôle de lien plutôt que de rupture avec l'autre. Il apparaît, surtout chez les hommes interrogés, comme le lien essentiel à la constitution du groupe d'amis, celui qui permet de se voir, de se rencontrer, « *dans les villages, on faisait le tour des caves* », « *on faisait 3 ou 4 bistrots le dimanche matin après la marché* » (E3). Celui qui ne prenait pas le petit coup à boire n'était pas intégré au sein du groupe, était mis à l'écart.

L'abstinence n'est pas décrite comme une rupture de ce lien. Il faut, au contraire, être capable de continuer à accueillir ses amis, de leur « *payer un coup à boire* », d'aller même au bistrot avec eux, mais de « *commander un ou plusieurs Perriers* » (E3).

Dans ces situations, l'addiction n'est pas ressentie et vécue comme nocive ou pathologique, puisqu'elle est partagée par la majorité. Il n'y a donc pas lieu de la questionner. Les retentissements physiques de cette consommation ne sont que temporaires et fluctuants, liés immédiatement à la prise du produit, dont l'effet visible s'estompe rapidement. Quand bien même cette addiction est alors vécue comme problématique, il est difficile de le dire, au risque de casser le lien au sein du groupe.

De façon quasi systématique, les conditions de travail sont présentées comme le mode d'entrée dans la maladie alcoolique, « *j'ai attrapé ça au boulot* » (E2), « *on finit par se droguer, ça fait tenir le coup* » (E8), « *il fallait bien tenir* » (E8). A l'inverse, la retraite, correspondant au moment de découverte de la maladie hépatique (âge moyen de découverte de 57 ans et 3 mois), est un levier pour le sevrage. Ce moment de la vie coïncide avec l'arrivée des petits-enfants, en somme de retrouver une dynamique familiale, une responsabilité où la place de modèle familial prise par les grands-parents jouerait un rôle

important pour le bien-être des plus jeunes. L'utilité antérieure du produit ne ferait plus sens et viendrait à être remplacée par le lien familial retrouvé.

b. Relation intime au produit

Pour ce qui est des consommations domestiques, plutôt cachées, à l'abri des regards, nous les retrouvons plutôt chez les femmes interrogées. Ce qui est dit précédemment sur la notion de lien social par le produit, ne semble pas se retrouver chez les femmes. La consommation nocive apparaît en réaction à une épreuve de vie, une rupture, une perte... (familiale, conjugale, travail) venant combler un manque (affectif ?) et le non-dit et le déni sont plus fréquents dans ces situations. Les effets directs de la consommation doivent être cachés au maximum, « *je n'ai pas une tête d'alcoolique* » (E6), pour ne pas ressentir le mépris ou la culpabilité dans le regard de l'autre.

c. Fonction familiale

Le socle familial prend une place prépondérante dans le déclenchement du sevrage, surtout chez les femmes interrogées, et dans le maintien de l'abstinence ; « *ma petite fille m'a dit qu'elle avait besoin de moi* », « *j'ai renoué contact avec mes enfants et on peut en parler* » (E5), « *ça vient du cœur, il guide le sevrage* » (E1), « *je tiens le coup pour moi et ma famille* » (E6).

3. Le parcours de soins : de l'errance à la rencontre

Au cours de sa vie, le patient est confronté comme toute personne à des problématiques concernant sa santé, l'amenant ou non à consulter son médecin traitant ou tout autre

professionnel du soin. La maladie alcoolique, défini comme telle par le monde médical, est-elle vécue comme telle par le patient ? Où situer le normal du pathologique ? Avec quels repères ? Par qui peut-on les obtenir et qu'en faire ? Toutes ces questions pour chercher à comprendre la relation entre le patient et son médecin généraliste. Qu'a-t-on observé au cours de ces entretiens ?

a. Temps de l'annonce

La maladie hépatique apparaît brutalement, sous plusieurs formes cliniques (hépatite alcoolique aiguë, décompensation oedémato-ascitique, altération de l'état général). L'annonce est vécue comme très intrusive, agressive, source de souffrance. Venant donc stopper nette, au moins sur un court temps, la consommation. Elle est vécue comme une irruption brutale du réel, un retour à la réalité qui peut alors servir de levier pour envisager un sevrage. Elle a lieu systématiquement au sein d'une institution hospitalière, donc dans un cadre plutôt protecteur et neutre affectivement.

b. Temps de la rencontre

Le moment déclencheur du sevrage coïncide avec l'apparition d'une nouvelle rencontre. Elle n'est pas nécessairement médicale ou paramédicale mais a une place importante. Son rôle, plus que de faire « *électrochoc* » ou « *coup de fouet* », est de créer un socle sur lequel le ou la patient(e) peut s'appuyer. Elle sert de ressource en cas de difficultés, de soutien permanent dans l'abstinence, d'oreille attentive dès qu'il est nécessaire. Ces tierces personnes rencontrées sont plutôt des femmes pour les patients hommes et inversement pour les patientes. Plus qu'une écoute attentive, ces tiers viendraient-ils substituer ou combler un besoin affectif, un manque à être à nouveau comblé permettant d'affronter les difficultés du quotidien ? S'agissait-il jusqu'à cette rencontre, de remplir un vide en buvant en excès ?

Cette personne peut être le médecin du travail, le médecin traitant, un enfant, un ami, un conjoint. Il pointe du doigt le franchissement d'une certaine limite sur le plan de la santé physique avec une nécessité vitale et immédiate de soins.

Dans le processus de diminution de la consommation alors engagé de facto, il semble là aussi se dégager une autre tierce personne (qui peut être la même), qui sert de base solide au maintien de l'abstinence. Chez les hommes, ce rôle est joué par une femme (infirmière à domicile, médecin spécialiste féminin, interne féminin, médecin généraliste féminin, conjointe), alors que chez les femmes, ce sont plutôt les enfants ou les hommes (fils, médecins hommes).

c. L'échec utile

Certains ont bénéficié de plusieurs tentatives antérieures de sevrage, mais qui ont du être stoppées à cause de l'entourage. Ils avaient un suivi régulier avec une alcoologue en qui ils disaient avoir confiance, mais qui ont du stopper cette relation car elle représentait pour leurs proches un sentiment trop fort de honte, de faiblesse, voir de lâcheté, alors que l'addiction à l'alcool est quelque chose que l'on doit « *pouvoir contrôler seul* » (E7), « *moi, le vin je l'ai choisi, il ne s'est jamais imposé* » (E3). Il deviendrait donc possible de s'en passer par simple choix. Ces moments d'abstinence temporaires sont d'abord vécus comme des échecs, puis utilisés a posteriori comme des forces pour « la prochaine tentative de sevrage ». Il est possible de s'en passer, le patient en est capable.

d. Place du soignant

Le médecin généraliste est absent pendant toute la période de l'intoxication. Son discours sur l'alcool-dépendance, lorsqu'il est présent, est vécu comme moralisateur, normatif ou méprisant. Le positionnement paternaliste du médecin a un effet négatif ou au moins nul sur

ce qui relève d'une « mauvaise » conduite de son patient. Après le processus de sevrage débuté, sa place apparaît plus adaptée, comme soutien. Il a souvent changé et les patients donnent leur confiance à un nouveau médecin. Il n'est pas souvent abordé la problématique de l'alcool dans ces consultations post-sevrage. Cette question est abordée avec le médecin spécialiste de la cirrhose mais rarement avec le médecin généraliste. Son rôle est de prendre en charge le « reste » de la santé du patient, afin de garder un équilibre stable permettant de maintenir l'abstinence.

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Théorie du lien et de l'attachement

Il semble apparaître ici une problématique du lien et de l'attachement dans le rapport à l'addiction des patients.

Selon P. Fouquet, psychiatre et fondateur de la Société française d'alcoologie (née en 1978), l'alcoolique est celui qui, homme ou femme, a en fait « perdu la liberté de s'abstenir de l'alcool », et que le but n'est pas d'arrêter de boire mais d'accéder à un mieux-être sans boire. Pour cela, il évoque la nécessité de « divorcer » de la bouteille, que le patient considère comme nouvelle compagne (surtout chez les hommes). Cela apparaît clairement dans cette étude, où le sevrage devient possible lorsque la vie sans alcool devient possible, une fois un ensemble de conditions affectives et sociales réunies.

Selon J. Bowlby (9), l'attachement se conçoit comme « l'aspect de la relation qui touche au besoin de sécurité ». Il décrit différents types d'attachement : sécure, insécure-évitant, ambivalent-résistant et désorganisé. Il soutient que ces besoins premiers doivent être satisfaits pour pouvoir « explorer le reste » du monde affectif. Autrement dit, l'addiction à l'alcool, parmi d'autres, aurait pour fonction de répondre au besoin de sécurité. Et tant qu'il n'est pas obtenu, l'exploration extérieure, le lien à l'autre, n'est pas possible et est « sacrifié ».

Le produit « alcool » vient alors compenser, remplacer, combler ou même cacher une perte (souvent affective ou amoureuse, mais aussi sociale comme nous l'avons constaté), un vide, un manque à être dans son rapport à l'autre et au monde.

Ils apparaissent culpabilisés, en faute, honteux et semblent avoir besoin de l'alcool pour se sentir vivant et assumer ou tenter d'oublier ce sentiment. A la fois, on s'y accroche car cela comble le vide, cela permet de lutter contre l'anxiété et l'angoisse, cela a un effet amnésiant permettant d'oublier les soucis. Et à la fois, on est en face de personnes qui semblent pousser les limites du corps, « jusqu'à ce que ça craque », qu'on pourrait interpréter comme un acte suicidaire répondant à une pulsion de mort.

L'annonce du diagnostic de cirrhose alcoolique tombe comme un couperet, telle l'annonce d'une mort proche, en faisant irruption dans le réel des patients brutalement convoqués à se ressaisir et à envisager le sevrage.

L'arrêt de l'alcool fait alors place à l'ennui, il devient nécessaire de combler à nouveau un vide, laissé cette fois-ci par l'absence du produit. Comment ? En libérant du temps pour dormir, en « *ramenant le temps à la journée* » (10), en repensant son rapport au temps en général. Le rapport affectif à l'autre reprend de la place, et permet de combler ce besoin de sécurité.

2. Rôle du soignant et en particulier du médecin généraliste

Qu'attend le patient de son médecin traitant ? Qu'attend le médecin de son patient ? Doit-il en attendre quelque chose ?

Selon Henri Gomez (10), « *c'est le patient qui retient ce qui est bon pour lui* ». Ce dernier doit pouvoir compter sur le soignant, et aussi pouvoir lui faire faux bond autant qu'il le veut. Cette relation constitue là aussi une base de sécurité pour le patient.

Il apparaît assez clairement que lorsque le médecin adopte une attitude trop paternaliste, il devient moralisateur et culpabilisant et on constate souvent une situation de rupture pendant la période d'intoxication massive. L'effet de ce positionnement est donc plutôt néfaste et

surtout n'aide en rien les patients alcooliques. Il est probable que le médecin généraliste intervienne comme organisateur ou coordonnateur de soins dans le processus de sevrage, comme soutien, comme « oreille » attentive, mais pas nécessairement comme déclencheur (même s'il le voudrait). La juste place est peut-être celle qui discute, écoute, propose et surtout s'intéresse mais pas celle qui dicte ou impose une « bonne » conduite. Lorsqu'intervient la rupture avec le produit, l'équilibre de la relation médecin-patient semble plus évident à trouver tel qu'il est décrit par les patients. « *On n'en parle pas vraiment* » mais on s'occupe de la santé en générale et on crée ou on renforce le socle solide permettant le maintien de l'abstinence. Le médecin « surveille », alerte si besoin. Le rôle du médecin spécialiste semble plus être du côté de l'addiction et de la maladie hépatique. Il surveille la bonne santé du foie et peut donc en évoquer la cause et la questionner. Le suivi est régulier, ce qui rythme aussi le sevrage, et son positionnement de spécialiste vient renforcer les « bonnes actions », les « efforts » produits par le patient.

L'identité du patient ne repose pas sur ses conduites à risque, sa consommation nocive, mais bien sur ce qu'il est, ses pensées, ses désirs, ses choix. Le patient a besoin de ne pas être vu comme malade alcoolique mais comme personne avec ses difficultés.

3. L'échec du sevrage : vers une réduction des risques ; Un changement de paradigme

Au cours des entretiens, certains patients ont signalé une reprise de la consommation d'alcool. Ces patients ont été recrutés comme étant totalement sevrés. Est-ce un non-dit ? Une omission ? Une consommation cachée ? Ou est-ce que, avec ces patients là, les différents médecins intervenants ne cherchent-ils pas à s'adapter aux possibilités du sujet concernant son addiction et donc de réduire les risques en diminuant la consommation sans



l'arrêter totalement. En effet, depuis décembre 2014, la SFA (société française d'addictologie) semble avoir changé de paradigme (10) ; elle recommande « *d'accepter l'objectif de consommation du sujet* » dans une démarche de réduction des risques sur la santé physique. Elle rappelle que l'abstinence reste le moyen le plus sûr mais que « *l'objectif thérapeutique doit prendre en compte les préférences du patient* ». L'idée est-elle de redonner au patient la position de celui qui décide pour sa santé ? Et de ne pas faire « ce qui est bon » parce que le médecin, représentant l'autorité du savoir, l'aurait dit ? Il semblerait qu'après avoir constaté un échec de la volonté des médecins d'obtenir une abstinence et un sevrage définitif, les objectifs de soins ont été repositionnés.

En conclusion, nous pouvons mettre en avant plusieurs clés permettant d'aboutir à l'objectif de sevrage en boissons alcoolisées ; il existe de nombreux déterminants, en particulier psychopathologiques (patients en recherche de sécurité affective), expliquant en partie l'addiction au produit, et donc la nécessité d'y accorder une place importante afin d'envisager une diminution ou un arrêt de la consommation ; La recherche de déclencheur de la consommation excessive (ici le travail) semble être un élément majeur du soin ; Afin d'être efficient dans sa démarche, le médecin (le soignant en général) doit revoir ses objectifs et s'intéresser au patient dans sa globalité et pas uniquement à sa consommation nocive. Les situations de rupture avec ces derniers sont apparues à chaque fois qu'ils ont été trop intrusifs ou moralisateurs ; Sur cet échantillon, la majorité des patients sont ou ont été en échec de sevrage définitif. L'analyse de ces entretiens vient donc conforter le changement de paradigme de la SFA, ayant pour nouvel objectif de diminuer la consommation sans vouloir à tout prix la stopper, afin d'en diminuer les risques pour la santé du corps. S'agirait-

il de prendre soins autrement des personnes alcooliques quel que soit le stade d'évolution de leur maladie ?

BIBLIOGRAPHIE

1. HALFEN S, VONGMANY N et GREMY I. Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile de France. Février 2002. Observatoire régional de santé Ile de France.
2. GUERIN S. et al. BEH n°16-17-18/2013. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009.
3. HUAS D, Bernard RUEFF. Alcool et médecine générale. 2010. CNGE. p11.
4. HUAS D, et al. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du médecin généraliste. Rev Prat Médecine Générale : 1993;203:39-44.
5. MOUQUET MC, VILLET H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. DREES Etudes et résultat 2002 ; 192 : 1-11.
6. Le problème « alcool » en médecine générale 2301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. Médecine. Volume 2, Numéro 7, Septembre 2006.
7. FENELON G. Neurologie et Alcool. Neurologies, 2004 (mars) ; Vol. 7 : 107-128
8. GALLOIS P, EMERIAUD P, CHARPENTIER J-M. Le problème « alcool » en médecine générale 2 301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. Médecine. 2006 Sep 1;2(7):320-4.
9. BOWLBY, J., Attachment and loss, Vol. 1 : Attachment. Basic Books, New York, 1969.
10. Alcoologie et addictologie. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
11. GALLOIS P, VALLEE J-P, NOC YL. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. Médecine. 2006 Sep 1; 2(7):302-6.

12. MICHAUD P. Qu'est-ce qui peut bien motiver le médecin généraliste à parler d'alcool avec ses patients ? Médecine. 2006 Sep 1; 2(7):291-2.
13. POMIER-LAYRARGUES G. Le suivi du patient ayant une cirrhose compensée. Le médecin du Québec, volume 37, numéro10, octobre 2002. p 63-67.
14. TOURNEBISE T. Aider le malade alcoolique. Mars 2003. www.maieusthesie.com
15. TOURNEBISE T. Addiction et bonheur. Mars 2015. www.maieusthesie.com
16. Item 228 : Cirrhose et complications. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2008-2009.
17. GMEL G, WICKI M. Evaluations des effets sur les intoxications alcooliques suite aux mesures visant à réduire le degré d'accessibilité à l'alcool dans le canton de Genève. Addiction Info Suisse. Lausanne, septembre 1010.
18. MOURAD A. Modélisation de la morbi-mortalité du carcinome hépatocellulaire en France par stade de gravité : évaluation de différentes stratégies en fonction du dépistage et des ressources thérapeutiques [Thèse de doctorat]. [Lille, France]: École doctorale Biologie-Santé; 2014.
19. SYHANATH V. Place du médecin généraliste dans le suivi des patients cirrhotiques et le dépistage du carcinome hépatocellulaire [Thèse d'exercice]. [1970-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de Médecine; 2009.
20. TERRADE P. Attentes des patients alcoolos dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. Faculté de Médecine et de Pharmacie. 2009.
21. FERNANDEZ L, SZTULMAN H. Approche du concept d'addiction en psychopathologie. Ann. Méd-Psychol., 1997, 155, n°4. p 255-265.

22. FERNANDEZ L, SZTULMAN H. La dépendance en psychopathologie. L'Encéphale, 1999. XXV. p 233-243.
23. JACQUET MM, CORBEAU S. Mémoire corporelle et représentation de soi chez l'alcoolique. Investigation projective au Rorschach. ERES / Psychologie clinique et projective. 2004/1 - n°10. Pages 249 à 274.
24. GOMEZ H. Clés pour sortir de l'alcool. 2011.
25. CICCONE A, « Préface », in Blandine FAORO-KREIT, Les enfants et l'alcoolisme parental. ERES « La vie de l'enfant », 2011 p. 7-13.
26. GOMEZ H, « Mieux penser, mieux organiser l'alcoolologie », Le Carnet PSY, 2001/1 n° 61, p. 22-24.
27. Alcoolisme. Cah. Nut. Diét., 36, hors série 1, 2001. Pages 248-256.
28. FOURNIER C, BUTTET P, LE LAY E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Baromètre santé médecins généralistes, 2009. Pages 45-83.
29. REMY-FERRARO C, « La problématique du lien dans l'alcoolisme et le sevrage », Le Journal des psychologues, 2006/3 n° 236, p. 48-51.
30. MARCHAL-MANGEOT I., Evaluation du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants à l'alcool. Société Française de Médecine Générale.

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
INTRODUCTION	3
METHODES	6
RESULTATS	8
1. PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DEPENDANCE.....	8
a. Vécu de l'addiction.....	8
b. Rapport aux proches	9
c. Rapport à la maladie hépatique.....	9
d. Retrouver de l'estime	10
2. APPROCHE SOCIOLOGIQUE DU SEVRAGE	11
a. Fonction sociale du produit.....	11
b. Relation intime au produit.....	12
c. Fonction familiale.....	12
3. LE PARCOURS DE SOINS : DE L'ERRANCE A LA RENCONTRE	12
a. Temps de l'annonce	13
b. Temps de la rencontre.....	13
c. L'échec utile	14
d. Place du soignant	14
DISCUSSION ET CONCLUSION	16
1. THEORIE DU LIEN ET DE L'ATTACHEMENT	16
2. ROLE DU SOIGNANT ET EN PARTICULIER DU MEDECIN GENERALISTE.....	17
3. L'ECHEC DU SEVRAGE : VERS UNE REDUCTION DES RISQUES ; UN CHANGEMENT DE PARADIGME	18
BIBLIOGRAPHIE	21
TABLE DES MATIERES	24
ANNEXES	I

ANNEXES

Entretien E3

Moi : Bonjour Mr G. Pouvez-vous vous présenter svp ?

Lui : c'est-à-dire ?

Moi : vous dites comment vous vous appeler, qui vous êtes...

Lui : suis un peu interloqué... *rires* ...

Moi : quel âge vous avez ?

Lui : 61 cette année.

Moi : d'accord. Vous travaillez ? Vous êtes à la retraite ?

Lui : Là, je suis à la retraite. Enfin à la retraite oui, depuis le début janvier.

Moi : c'est tout récent. Et de quel métier ?

Lui : je travaillais dans la métallurgie.

Moi : d'accord. Avez-vous fait d'autres métiers ?

Lui : non. Je suis rentré à 16 ans, et puis je suis arrêté, j'ai démissionné j'avais 51 ans.

Moi : donc il y a 10 ans ?

Lui : ça fait 10 ans oui.

Moi : et vous avez démissionné pour quelles raisons ?

Lui : parce que bon bah... déjà j'ai un problème de dos, j'ai un tassement de vertèbres, puis un tassement de disque. Et puis bon bah, avec mes chefs où n'importe qui, ça se passait plus très bien au niveau du travail, enfin au niveau du travail si, ça se passait très bien, j'étais responsable moi alors...

Moi : d'accord.

Lui : ça se passait très bien mais j'en avais ras le bol parce que y'a des choses qu'ont été modifiées, tout ça...

Moi : des conflits avec la hiérarchie ?

Lui : suivant l'âge, j'avais fait de la formation pour former des jeunes, enfin des jeunes qui avaient un certains âge, et puis suivant l'âge que j'avais, bon bah comme ça s'est... y'a des nouveaux trucs, des nouvelles machines qui sont rentrées, un nouveau bâtiment qui s'est fait, tout ça... j'étais, si on veut dire, dégradé. Enfin dégradé, disons que euh... ils avaient pas dit en face mais ils laissaient penser que bon bah fallait mieux prendre des jeunes que... bon à 51 ans, c'est pas l'âge de la retraite. Alors bon bah moi, j'ai pas tellement le caractère à

me laisser faire, hein je suis franc mais pas... et puis il faut dire que j'en avais marre aussi un peu.

Moi : vous avez fait ça toute votre vie ?

Lui : oui oui, parce que j'aurais pu changer beaucoup plus tôt, j'aurais voulu changer beaucoup plus tôt. Enfin la vie m'en a empêché. J'ai pas pu faire ce que je voulais faire.

Moi : comme boulot ? Vous vouliez faire quoi ?

Lui : ben de toute façon moi, j'ai perdu mon père à 14 ans, alors bon de toute façon à 16 ans j'avais pas le choix, fallait travailler. Et on était en ferme, et puis le patron de la ferme, c'était celui là qui m'a employé si on peut dire. Alors à 16 ans, bon bah il fallait quand même de l'argent, et ainsi de suite, j'ai fait mes études jusqu'à 16 ans, j'ai fait ma formation de 14 à 16 ans et puis bon à 16 ans j'avais pas le choix.

Moi : d'accord. Et si c'est pas trop indiscret, il est parti de quoi votre papa ?

Lui : bah il est parti de... il a fait un infarctus. 54 ans.

Moi : et vous aviez un frère aussi que vous avez perdu ?

Lui : ouai, un accident de voiture. 2 ans plus tôt.

Moi : et vous avez d'autres frères et sœurs ?

Lui : oui oui, une fratrie de 7.

Moi : d'accord, ça me permet de situer un peu, pour savoir qui vous êtes.

Lui : oui oui.

Moi : Euh... donc jeune retraité finalement.

Lui : oui, enfin ça fait un petit moment que je ne travaille plus. Enfin, j'ai fait des formations, ainsi de suite. Bon bah comme de toute façon il fallait que je travaille à mi-temps, et avec le dos que j'avais, il était plus question de faire n'importe quel métier. Alors bon bah j'aurais voulu m'orienter à mi-temps sur le transport scolaire quoi. Bon j'ai fait une formation ainsi de suite mais j'avais pas le permis.

Moi : comment ça ?

Lui : si si, j'ai mon permis de voiture mais pas pour les cars, je pensais conduire des petits cars où il n'y a pas besoin de permis spéciaux. Mais là c'était le poids lourd et le transport en commun quoi. Et puis arrivé à... ça demandait déjà plusieurs années ça, puis y'avait d'autres boulots aussi qui auraient pu m'intéresser ainsi de suite, mais c'est pareil l'âge est là hein, il me l'avait dit le patron. Parce moi j'étais bien avec mon patron, oui oui, très bien avec mon patron à ce niveau là. J'ai démissionné mais enfin de compte euh... il m'a fait passer ça en licenciement pour avoir droit à tous les avantages d'un licenciement. Il était pas obligé hein.

J'avais droit à rien du tout. Comme il a vu que de toute façon y'avait rien à faire, parce qu'autrement il me proposait d'autres places...

Moi : lesquelles ?

Lui : oui oui dans la boîte.

Moi : mais qui vous convenaient pas ?

Lui : euh... non non, je vais pas passer... et le salaire le même. Parce que normalement le salaire il aurait été beaucoup plus bas, mais c'est une commande numérique, toute la journée à travailler euh... j'étais pas habitué à ça moi. J'étais habitué à commander un petit peu et à être actif. Pour rester planté devant un... et puis d'abord c'était pas bon, la médecine du travail non plus, elle était pas pour parce que avec le dos que j'avais, là, dans le bas (*en me montrant avec la main*), et bah faut bouger. Si on reste sur place, ça fait le contraire.

Moi : votre problème c'était le dos quand même ?

Lui : oui oui, le plus gros problème c'était le dos. Et puis aujourd'hui aussi. Bah là c'est pire, mais enfin bon... dès que je travaille un peu, je force un peu, motoculteur, tondeuse ou n'importe quoi, je prends la ceinture et j'ai mal au dos. Bah y'a un tassement de vertèbre, avec un peu d'arthrose aussi qui se forme. Alors si y'a déjà une vertèbre... la dernière, je ne sais plus vraiment comment elle s'appelle, elles se touchent déjà celles-là. Si y'a plusieurs vertèbres qui se touchent, on risque de rester paralysé au bout d'un certains temps.

Moi : c'est mieux d'éviter effectivement je suis d'accord. Euh... d'accord. Petit silence... là vous venez de voir le Dr Kaassis ? donc il vous suit pourquoi Mr Kaassis ?

Lui : bah pour une cirrhose.

Moi : depuis quand vous savez ça dites-moi ?

Lui : et bah je l'ai appris tout bizarrement, il y a, ça va faire 4 ans maintenant ptêtre. Parce que bon bah je travaillais chez moi, je bricolais, j'étais toujours occupé à travailler, en dehors des formations.

Moi : chez vous ?

Lui : oui oui. Et puis bah j'étais dans un arbre (rires plutôt mal à l'aise) et bah en fin de compte, l'échelle elle a foutu le camp, et puis je me suis ramassé la figure.

Moi : ok.

Lui : donc direction les urgences, bah ils ont fait un bilan complet, et là ils se sont aperçu que y'avait des soucis au niveau du foie. Et puis même j'avais de l'alcool, pour dire franchement.

Moi : dans le sang ?

Lui : *(en riant là aussi)* oui oui.

Moi : c'est pour ça que vous êtes tombé de l'échelle peut-être ?

Lui : ah non, non. Je suis habitué à prendre des risques, parce que j'ai travaillé sur des chantiers aussi. J'avais peur de rien. Donc c'était pas spécialement à cause de ça. C'est-à-dire qu'on se trouvait dans un grand quartier donc souvent, on va prendre un verre à droite-à gauche, mais c'est la bonne ambiance en campagne.

Moi : bien sûr.

Lui : enfin beaucoup moins maintenant et c'est pas plus mal. C'est plus du tout la même chose. Chacun avait sa cave...

Moi : vous aviez vos habitudes « d'apéro » quoi ?

Lui : d'apéro, pas vraiment, enfin, l'apéro le week-end, mais sur la semaine pas vraiment. Enfin, il suffit de rencontrer un gars, un coup qu'arrive, et tac tac tac, t'as déjà fait 3 caves. Tout le monde avait sa cave.

Moi : donc cette cirrhose qu'on découvre il y a 4 ans, c'est à cause de l'alcool ?

Lui : ah oui oui oui oui, uniquement à cause de l'alcool. Ils me l'ont bien dit tout de suite. « de toute façon... », Ils ont passé l'échographie, ils ont dit de toute façon vous avez une cirrhose, et puis elle est due uniquement à l'alcool.

Moi : d'accord, c'est peut-être moi qui vous ai dit ça non ? Je ne sais plus. Parce que si on s'est déjà rencontré, c'est peut-être à ce moment là non ? Je ne me souviens plus.

Lui : ah euh... c'est celui là qui m'a passé l'échographie qui m'a dit ça.

Moi : alors, qu'est-ce que vous avez ressenti quand il vous a dit ça ?

Lui : bah disons qu'une cirrhose non. J'ai entendu parler de cirrhose, ainsi de suite, mais j'y connaissais rien. Une cirrhose, cirrhose, cirrhose du foie, ça me disait quelque chose mais pas la gravité que ça pouvait être.

Moi : sur le coup, vous n'avez pas vraiment compris ce qu'il se passait quoi ?

Lui : euh... une maladie, bon bah ça se soigne, et puis ça y est. En fin de compte, c'est pas du tout ça.

Moi : alors c'est quoi ?

Lui : on m'a jamais appris ce que c'était. Bah une cirrhose c'est quand même assez. C'est quand même très très important, et en plus moi j'ai eu la chance que la cirrhose elle était pas déconnectée si on peut dire, elle était plus euh...

Là on a été coupé par quelqu'un qui est rentré dans la salle quelques secondes...



Moi : excusez-moi. Euh... (*attente de quelques secondes*) sur le coup on ne comprend pas trop ce qu'il se passe ?

Lui : bah non pas la gravité.

Moi : alors qu'est-ce qui vous a fait comprendre ça ?

Lui : bon c'est après, quand à l'hôpital, tout ça... on fait des examens et tout. De toute façon j'étais fatigué depuis un moment hein. Chez moi déjà, je me sentais fatigué de toute façon. Et là quand ils ont dit... de toute façon je veux savoir ce que j'ai moi. Mais je pensais pas que la cirrhose c'était le foie, sans foie on ne vit pas. Alors que si c'était un virus par exemple, qui aurait continué à évoluer, bah à un moment donné ça va, au bout de 3 ans, 4 ans ... peut-être plus tôt ça dépend.

Moi : tout à fait.

Lui : bon bah y'avait pas 10000 solutions hein. C'était du qu'au niveau de l'alcool, bon on m'a dit franchement que si j'arrêtais l'alcool, pas une goutte d'alcool, ça risquait de couper net.

Moi : d'accord. Et donc de pas se compliquer ?

Lui : voilà. Et c'était du à l'alcool, qu'à l'alcool.

Moi : et vous vous en doutiez de ça quand on vous l'a dit ? vous vous êtes dit « ah c'est vrai j'en faisais trop » ou vous avez été surpris ?

Lui : par rapport à l'alcool ?

Moi : oui.

Lui : non. Non non c'est vrai que je picolais assez.

Moi : depuis longtemps ?

Lui : bah euh... non non, bah depuis que j'ai été arrêté.

Moi : une dizaine d'année quoi ?

Lui : oui. Bon bah c'est vrai qu'on était pas à un verre prêt (rires), mais tout le temps, depuis étant jeune mais enfin, c'était le week-end. On faisait la fête. C'était pas régulier régulier.

Moi : finalement depuis que vous étiez arrêté, il y avait plus de tentations ?

Lui : pendant le boulot, nous comme on faisait un boulot un peu... bon bah de temps en temps dans la semaine, bah y'avait un anniversaire, souvent une bonne raison. En fin de semaine, souvent bah moi je travaillais aux herbiers à 10 Km de chez moi, alors bon bah on passait chez les copains, on avait vite fait de prendre une dizaine de verres. Faut le dire franchement. Mais c'était pas régulier. C'était passager quoi. Y'avait pas de problème spécial.

C'était passager, un peu chauffé des fois, ça arrivait (rires). De temps en temps. Bah comme beaucoup mais enfin bon.

Moi : effectivement et peut-être trop souvent, ce qui aurait amené la maladie. Et qu'avez-vous ressenti ? Vous vous êtes dit, finalement c'est logique que ça me tombe dessus ?

Lui : bah euh... de toute façon déjà un peu avant, bon quand même je pensais avoir... boire tout seul... c'est que bon bah des fois, à travailler, pas trop le moral, un peu plein le bordel, un peu pas le moral quoi. Je trouvais pas l'occupation qu'il fallait. C'était une solution quoi. C'était pas un... et je m'en suis passé comme ça du jour au lendemain.

Moi : du jour au lendemain ?

Lui : oui oui. Je vais vous dire franchement, la première fois que je suis venu là, qu'ils me l'ont appris, la cirrhose du foie, bon bah, c'était pas... si quand même elle était assez importante, bon là en 15 jours, je me suis remis d'attaque si on peut dire. J'ai repris du poil de la bête un peu, ça a duré 15 jours chez nous, et puis tout d'un coup, j'ai pas fait gaffe, j'en ai repris un autre. Mais pas de la même façon, beaucoup moins, mais c'était trop parce que le foie, il avait pris un sérieux coup.

Moi : tout à fait. Et là, ça lui a remis un coup quoi ?

Lui : ouai, alors j'ai été obligé de revenir une deuxième fois, enfin j'ai été en... désintoxication

Moi : vous avez été faire une cure ?

Lui : oui oui, une cure.

Moi : d'accord. C'était la première fois que vous faisiez ça ?

Lui : ah bah oui oui, je savais même pas que ça existait.

Moi : combien de temps ? Une semaine ?

Lui : que j'ai fait ça ? Ah non ça fait 3 ans.

Moi : non, ça dure combien de temps la cure ?

Lui : 15 jours.

Moi : et vous pensez que ça vous a aidé ?

Lui : ah oui oui, ça fait prendre conscience, et puis au moins, c'est ce que je dis des fois à l'heure actuelle, au moins ça explique ce que c'est. Et ça faut expliquer ça, c'est pas, c'est pas... à 50 ans qu'il faut expliquer ça, mais à l'école. Comme la drogue, c'est exactement le même principe. Dans le temps, on avait des cours civiques, qui expliquaient pas vraiment ça. C'était autre chose, c'était pas ça.

Moi : donc vous, à partir du moment où... quand on vous a expliqué comment l'alcool a abimé votre foie, et à quel point il était abimé, vous vous êtes dit stop ?

Lui : ah oui oui oui. Même ils en revenaient pas là quand j'ai fait ma cure. Y'en a qui étaient là bas, ils étaient couché pendant 8 jours. Et puis comprimés sur comprimés pour éviter le sevrage. Moi, 3 jours après, j'étais comme là. Disons que le vin m'avait pas manqué. Non non, c'était pas un manque. Oui voilà c'est ça. Alors que les autres, si ils buvaient pas où si ils remplaçaient pas par quelque chose, bah ils auraient tombé fou. En fin tombé fou...

Moi : c'est intéressant vous dites remplacer par quelque chose. Quand vous êtes rentré chez vous après la cure, euh... vous avez fait une post-cure où vous êtes rentré directement à la maison ?

Lui : non, j'ai pas fait de post-cure.

Moi : d'accord.

Lui : mais bon, ma femme elle m'a dit ça serait bien de faire... parce que j'étais fatigué quand même pendant un moment... et puis surtout j'ai tendance à pas voir le... sensible quand même et anxieux. Donc les nerfs en prennent un coup, ça travaille. L'alcool, ça servait à se retrouver un peu plus fort.

Moi : où avoir l'impression de se retrouver plus fort ?

Lui : voila voila. Mais si si. Exactement ça. On a l'impression, tiens bon bah on va prendre un verre, comme ça après ça va aller mieux. Ça va donner un coup de fouet et puis... et puis bon bah on ne va pas penser à des choses... parce moi je suis assez sensible vis-à-vis des autres. Et puis dans la famille on a eu des problèmes, des décès, ainsi de suite, n'importe qui... je suis vachement sensible à ça moi. Même aux autres. Quelqu'un dans la rue, des trucs comme ça, je suis assez sensible.

Moi : d'accord. Et alors, quand vous êtes rentré chez vous, et qu'il n'y avait plus l'alcool, vous n'avez pas eu besoin, vous, de remplacer par quelques chose ?

Lui : bah disons que l'alcool, y'en a eu. C'est moi qui a décidé de pas en boire, c'est tout. J'ai dit de toute façon il en est pas question. C'est moi qui l'ai jeté. Enfin... c'est mon fils qui l'avait... parce que j'avais quand même des bonnes bouteilles... j'avais une bonne cave. On en récoltait du côté du beau-père, mais bon ça c'est une autre histoire. Mais de toute façon, il m'avait averti, on a dit pas de vin dans la cave parce qu'il savait ce qu'il se passait chez d'autres, et bon... à partir du moment... mais ça c'est pas... moi je trouve pas ça valable, parce que j'en ai discuté là-bas et euh... enfin la principale je sais plus comment elle s'appelle. Elle dit : « faut surtout pas de vin dans la cave, ainsi de suite ». Moi je suis contre.

Parce que de toute façon, celui là qui veut boire un coup, qu'il ai du vin chez lui... même, c'est beaucoup plus important d'avoir du vin chez soi. Parce que c'est là que ça se passe. Et si on a du vin, et puis qu'on ne boit pas, et bah là on va s'en sortir. Et si on n'a pas de vin, et bah on en trouvera ! Alors que si on en a chez soi pour les autres, quand ils viennent, celui là qui veut... moi ça m'est arrivé plus d'une fois, tu prends un verre de vin, moi je prends un coca...

Moi : et ça, pas de problème pour le gérer ?

Lui : oh pas du tout. Non non, pas du tout. Non parce que moi, je me suis dans... à partir du moment où je me suis mis dans la tête que de toute façon euh... que c'est comme ça, c'est comme ça, c'est fini. Faut choisir, faut pas... savoir ce que c'était déjà...

Moi : qu'est-ce qui vous a motivé à tenir le coup ?

Lui : bah euh... je sais pas comment les autres... si c'est le vin qui s'impose ? Moi le vin s'est jamais imposé si on veut dire. J'ai toujours choisi. Si je partais en vacances 15 jours, alors je sais pas... ce qui est dramatique bien souvent, c'est que c'est le vin qui choisit. La personne, il faut qu'elle prenne du vin. Alors que quand c'est la personne qui choisit, bon bah là elle choisit. Si elle choisit de pas en boire, elle en boit pas. Mais ça c'est peut-être pas évident.

Moi : tant mieux si ça l'est pour vous.

Lui : Et ça a été mon principe : c'est pas le vin qui me choisit. Si j'ai envie de boire un verre de vin, je bois un verre de vin. Si je veux pas en boire, j'en bois pas. Mais attend, faut pas me prendre pour un caïd, parce que c'est ptêtre pas si facile que ça pour tout le monde, faut en avoir le caractère. Je me suis vu, je me suis dit : « comment que ça se fait, j'aurais su ça à 10, 12 ans, les catastrophes que ça pouvait amener, et puis bah j'aurais jamais arrivé à ce point là. » Non parce que j'aurais été averti d'avance. C'est dès l'école, il faut avoir des cours pour apprendre tout. Après, la personne elle fait ce qu'elle veut. Mais supprimer, forcer quelqu'un à pas boire, ça c'est très très mauvais. Ça marchera pas. Comme la drogue il faut avoir des cours pour bien expliquer ce que c'est, tout, voilà, vous faites ce que vous voulez... bah voilà ce qu'il va vous arriver.

Moi : d'accord. Et alors, quelle place avait votre docteur dans cette histoire ? Votre docteur traitant ? Est-ce qu'il savait que vous consommiez de l'alcool régulièrement comme ça ?

Lui : bah... euh... comme chez nous, tout le monde en consomme. Oui oui, consommer. Mais pas à ce point en dernier, parce que là en dernier, que du bon vin. Je vais pas raconter de conneries, des fois, on prenait facilement 3 bouteilles par jour.

Moi : et c'était pas un problème ?

Lui : c'était des habitudes, et puis tout d'un coup, à un moment donné, tiens moi, je vais prendre un verre. Et pas forcément qu'en t'es avec d'autres. Là c'est venu, j'étais en train de travailler, de bricoler, et puis bon bah... allez hop, je vais boire un coup de pinard et c'est tout. Un coup de bon vin. C'était une habitude.

Moi : vous dites : « si j'avais appris les conséquences avant, j'en serais peut-être pas là aujourd'hui ». Moi, en tant que médecin, je réagis à cette remarque en disant, est-ce que si votre médecin vous avait dit 5, 10, 20 ans plus tôt : « attention Mr G., si vous continuez à consommer comme ça, vous allez avoir une maladie grave du foie », comment auriez-vous réagit ?

Lui : ah si il m'avait bien expliqué le truc, oui. Mais je voyais d'autres. Mais j'étais en pleine forme, c'est pour dire, y'avait pas de conséquence. Et puis j'ai jamais été comme certains qui buvaient et puis qui tombaient là (*en montrant le sol*). Moi je ne suis jamais tombé de ma vie, jamais jamais. Non non mais toujours une dose. Moi je roulais en bagnole, jamais eu un accident de voiture.

Moi : donc jamais de raisons évidentes d'aller en parler avec le docteur.

Lui : non non pas dernièrement.

Moi : oui bien sûr, mais avant ?

Lui : non. D'abord chez le médecin, j'y ai pas été souvent. J'avais pas de raisons, si pour le dos.

Moi : et lui ne vous a jamais posé la question ?

Lui : non, on en a jamais parlé. Après, on en a parlé.

Moi : avec le même docteur ?

Lui : ah oui oui, complètement. Au contraire il m'a bien aidé.

Moi : vous y avez trouvé quoi ?

Lui : j'y ai trouvé le soutien que je cherchais, franchement, et c'est très très important. Là je le vois plus souvent, comme je prends un petit truc le matin, une petite gélule pour les plaquettes, elles sont basses, elles sont à 100000. Par contre là, j'étais crevé là depuis un moi et demi de ça, et j'étais fatigué quoi, j'ai fait moitié une petite dépression un peu. J'étais crevé quoi. Et ainsi et suite. Donc j'ai été voir le médecin, elle m'a donné, j'en avais déjà eu une fois un peu là, quand j'étais malade au départ, des euh... du...

Moi : des antidépresseurs ?

Lui : ouai ouai. Mais le moindre. Dose très très faible.

Moi : ça vous a fait du bien ?

Lui : ah oui oui j'en prends encore, j'en prends un le matin. Sertraline je crois que c'est.

Moi : et quand vous la voyez, vous avez un petit mot sur l'alcool ?

Lui : oh on en parle même pas, bah si, on peut mais en fin, elle voit sur le machin et puis on discute de n'importe quoi. De toute façon on discute bien. D'ailleurs, on parle même pas de maladie, on parle de la vie quoi.

Moi : et au moment où on fait le diagnostic de la cirrhose, à la maison, vous vivez avec votre femme ? Et vos enfants sont où ?

Lui : ah non non. Enfin, y'en a un qui revient régulièrement parce qu'il se promène un peu partout, autrement il est à Bordeaux, alors il vient de temps en temps le week-end.

Moi : vous avez combien d'enfants ?

Lui : 3 enfants.

Moi : et alors qu'est-ce qu'ils ont dit de tout ça, eux ?

Lui : eux, de toute façon, ils ont tout fait pour m'aider, faut dire dans un sens. Pas m'aider à gueuler, aider pour faire comprendre que je suis pas seul, et que ils aimeraient bien que... bon bah faut faire attention. Eux ils veulent le père qui soit bien. Autrement y'en à certains, parce que j'en connais quand même pas mal, que les enfants ils s'en foutent. Moi c'est pas mon cas, ça les rend même tristes.

Moi : et ça a été une motivation pour vous ?

Lui : ah oui oui. J'ai toujours dit, de toute façon c'est mes enfants, le médecin et puis ma femme. J'ai dit pour eux, il est pas question de... parce que si je continue à boire là, n'importe qui, si ça se trouve je serais mort là. De toute façon j'aurais pas vu 65 ans, ça c'est clair. Et puis j'ai 2 petits enfants et tout. Ça va pas la tête non. Comment que ça se fait que je suis tombé dans ce piège ? Attends, j'étais vachement vexé. Je m'en suis jamais rendu compte. C'est le travail qui m'a foutu un petit peu en l'air, le vin c'est comme un verre de coca, je le prenais comme ça moi. C'est vrai qu'on sentait le soir que t'étais pas trop bien, mais t'es beaucoup plus fort dans un sens, puis après le corps il le réclame. Moi j'ai pas eu trop ce problème là, parce qu'en fin de compte, il l'a pas réclamé à 100% si on peut dire.

Moi : oui, le sevrage s'est bien passé.

Lui : voila, ils en revenaient pas. J'ai pris des trucs qu'ils donnaient pour le sevrage là

Moi : oui le valium ? Le seresta ?

Lui : ah non non, pas le valium, non. Seresta c'est ça, oui. J'en ai pris pendant un peu de temps, j'en ai chez nous, mais j'ai arrêté après. J'ai dit : à quoi ça sert ça ? Je veux pas de

ça, j'ai arrêté. Ma femme était pas contente, mais j'ai dit, je sais ce que je fais, ça me sert à rien du tout, je n'en veux pas.

Rires.

J'en ai pris peut-être 2-3 mois et c'est tout. Enfin parfois, je faisais croire que je le prenais et puis un jour, il est resté coincé dans l'évier. Rires.

Moi : donc là ça fait 4 ans maintenant que vous êtes complètement sevré ?

Lui : oui puis on est chez nous comme à Noël, on fait le repas chez nous, les enfants et ainsi de suite, et puis bah on boit tous pareil de toute façon. Chez nous, les enfants, ils sont pas là-dessus, ils vont boire un verre de vin juste quand ils sont en repas, autrement non, pas du tout pareil. Nous quand on était jeune, c'était un peu la foirinette le week-end quoi.

Moi : peut-être qu'ils se disent, on ne veut pas se faire piéger nous aussi ?

Lui : non, mais je crois que la mentalité en générale, elle a un peu changé. Parce que dans le temps, on se sentait obligé, encore que aujourd'hui, si tu fréquentes les boites de nuit ou n'importe qui... mais en campagne, moi je parle de la campagne, et bien la mentalité, elle a complètement changé. Avant moi je vois que dans le bled, y'avait 4 bistrots, aujourd'hui y'en a juste 1. Et puis un autre qui ouvre un peu sur la semaine parce qu'il fait à manger.

Moi : c'était ça, pour être intégré, fallait boire un coup ?

Lui : bah le dimanche matin, on faisait les 4 bistrots. L'apéritif, c'était ça. Et puis tantôt, c'était le digestif, et puis à 3 heures et demi, on décollait au bal, jusqu'à 2 heures du matin parce que bon, y'avait pas de boites de nuit dans le temps. Tandis que maintenant, ils sortent le soir, toute la nuit, ils boivent du whiskey ou n'importe quoi... nous c'était plutôt l'ambiance de la campagne. Ou alors les caves, dans les villages, on débarquait...

Moi : et votre vie depuis l'alcool ? Des changements ?

Lui : ah bah, c'est beaucoup plus intéressant, c'est le jour puis la nuit.

Moi : qu'est-ce qu'est plus intéressant ?

Lui : parce que bah on se sent bien. Encore que si j'avais pas eu ça, ça aurait été beaucoup mieux. Tu profites de tout. Et puis t'as envie de... surtout arrivé à la retraite maintenant, t'as envie de voyager, de... y'a pleins de choses à faire. Moi, j'aime bien conduire et tout, faire de la route, voyager quoi. Ça permet de faire ce qu'on veut.

Moi : et avant ?

Lui : Alors qu'avant, c'était calculé. Et puis y'a le permis, je l'ai eu supprimé pendant 6 mois. Ça j'ai été vendu par contre. Mais parce que si j'avais été arrêté à chaque fois que j'avais été alcoolisé (rires), toujours au dessus. Ça aurait été 1g20 par exemple, assez régulièrement.

Moi : d'accord. Bon, c'est très intéressant. Juste pour terminer, dans votre vie familiale, quand vous étiez plus jeune, y'avait de l'alcool ?

Lui : ah oui oui. Ma mère, elle buvait pas du tout, mais mon père il buvait un peu si si.

Moi : et de quelle façon ?

Lui : bah si on compare les 10 dernières années par exemple, oui il prenait une bouteille tout seul par exemple. Mais dans les villages, en fin je sais pas si vous connaissez un peu les villages, mais dans le temps, et bien... nous on était dans un grand village, et bah dans la journée de toute façon, t'étais amené à prendre au moins minimum 10 verres. Ça c'est clair. Comme ça, en travaillant, tac. T'arrivait, t'as le voisin qui était là, et c'était même pas la peine de poser la question, on était dans la cave. Alors tu buvais 2 verres, 3, et puis à 5 heures le soir tu rentrais pour les bestiaux, et puis tout de suite, c'était rare si y'avait pas encore un petit coup. En campagne, de toute façon, ils buvaient que du vin, y'avait pas autre chose dans la cave. Mais attends, c'était pas le même vin qu'aujourd'hui, c'était du vin qu'on récoltait, c'est du vin qui était sain si on peut dire. Y'avait de l'alcool, mais c'était pas un vin trafiqué, à 12 degrés, comme il y a aujourd'hui, « c'était du vin qui baisait 9 ». Et puis bon bah, c'était pas tout à fait pareil quand même.

Moi : en fait, on buvait pas le vin en se disant, on boit de l'alcool ?

Lui : voilà, on buvait du vin comme... c'était la boisson quoi. C'est tout ce qu'il y avait en fin de compte. Bah si, on avait de l'eau et puis euh... du jus de fruit ou des trucs comme ça. Pour les femmes ou les trucs comme ça. Autrement les hommes, t'aurais pas vu un homme boire autre chose (rires). Ou alors fallait qu'il soit vraiment malade.

Moi : bon. Est-ce que j'avais d'autres questions à vous poser. Silence de quelques secondes.

Lui : par contre c'est vrai que le médecin traitant, faudrait qu'il... à l'école je crois qu'ils vont changer un petit peu là, ils vont pas mettre une partie dans la semaine ?

Moi : de quoi dont ?

Lui : justement revenir un peu pour expliquer certaines choses. C'est primordial ça.

Moi : je ne sais pas moi personnellement. Ça fait plusieurs fois que vous me le dites.

Lui : ouai, parce que ça me tient à cœur ça. Quand je vois des filles pareils, des jeunes de 14 ans, bah qui sont complètement givrés, parce qu'au village, on organisait la fête de la bière, qui viennent avec une bouteille d'alcool fort, bon bah je me dis c'est pas normal, elles ne savent pas ce qu'elles font. Si elles savaient ce qu'elles faisaient, je crois qu'elles changeraient de façon de faire. C'est que elles sont pas du tout conscientes de ce qu'elles font. Mais pas comme la drogue, la drogue plus douce, là, il y a certains pays, de toute façon

elle est libre, et puis faut bien instruire les gens, bien savoir ce que c'est que la drogue. Ce qu'ils font, ça sert strictement à rien du tout, c'est comme l'alcool, si tu l'interdis, tu te fais arrêter demain en prison, 3 jours après, t'es sorti, tu recommences à te droguer. C'est la personne qu'il faut instruire. Les conséquences qu'il y aura, c'est qu'à 30 ans, qu'est-ce que ça va être ? Et puis ainsi de suite. Il faut instruire, après la personne elle fait ce qu'elle veut. Et si on veut savoir écrire, qu'est-ce qu'il faut faire ? Faut aller à l'école. Je sais pas ce que vous en pensez ?

Moi : c'est votre avis

Lui : ah bah oui c'est mon avis, et puis l'avis d'autres aussi. Mais bon les lois c'est tellement difficile à faire...

Moi : et bien je vous remercie Mr G.

LAMOUREUX Marlon

Etude des déterminants du sevrage en alcool chez des patients cirrhotiques sevrés.

RÉSUMÉ

Introduction : La consommation excessive d'alcool est considérée comme la deuxième cause de décès évitable en France. Dans le cadre des soins primaires, il a été démontré que l'identification des usages excessifs d'alcool est insuffisante. Certains patients cirrhotiques parviennent à stopper ou diminuer leur consommation. L'objectif de ce travail est l'identification des processus psycho-sociaux et environnementaux à l'origine de la diminution de leur consommation.

Matériels et Méthodes : Cette étude était qualitative, réalisée à partir d'entretiens semi-structurés au sein du centre hospitalier de Cholet. Les patients interrogés ont été au nombre de 10, cirrhotiques alcooliques, volontaires et déclarés sevrés. Enregistrées sous format numérique, les retranscriptions étaient anonymes et proposées à chaque patient en format papier. Un consentement a été signé pour chaque entretien.

Résultats : Le temps de l'addiction a été marqué par le non-dit, le vide et la perte de l'estime de soi, auxquels s'ajoutent des sentiments de honte et d'injustice. Les conditions de travail ont été présentées comme le motif d'entrée fréquent dans la maladie alcoolique, alors que le temps de l'arrêt de l'activité professionnelle a coïncidé le plus souvent avec le processus de sevrage. Les liens familiaux, conjugaux et médicaux ont été réactivés à ce moment là. Sur le plan médical, la cirrhose apparut comme une irruption brutale du réel, pouvant servir de levier au sevrage, alors que le médecin généraliste était décrit comme absent du temps de l'intoxication, voire moralisateur.

Discussion et conclusion :

Sur le plan psychopathologique, la problématique du lien et de l'attachement prend une place importante. Le produit a pour fonction de répondre au besoin de sécurité affective, pour combler le manque. Sur le plan médical, le positionnement paternaliste du médecin est dépassé, redevenant utile et aidant lorsqu'il se place en soutien et permet de consolider le socle de la santé du patient. S'agirait-il de prendre soins autrement des personnes alcooliques quel que soit le stade d'évolution de leur maladie ? Doit-on nous orienter plus vers une réduction des risques, plutôt que de s'efforcer d'obtenir un sevrage définitif ?

Mots-clés : Alcool. Dépendance. Sevrage. Cirrhose. Lien. Patient.

Study of the determinants of alcohol weaning in cirrhotic patients weaned.

ABSTRACT

Introduction : Excessive consumption of alcohol is considered the second leading cause of preventable death in France. In the context of primary care, it has been shown that identifying excessive use of alcohol is insufficient. Some cirrhotic patients manage to stop or reduce their consumption. The objective of this work is the identification of psychosocial and environmental processes behind the decrease in consumption.

Materials and Methods : This study was qualitative, made of semi-structured interviews, in Cholet hospital. Patients surveyed were 10, cirrhotic alcoholics, volunteers and declared weaned. Recorded in digital format, the transcripts were anonymous and offered to each patient in paper format. Consent was signed for each interview.

Results : The addiction of the time was marked by the unsaid, emptiness and loss of self-esteem, with feelings of shame and injustice. Working conditions were presented as the common input pattern in alcoholic disease, while the time of the end of the professional activity coincided with the weaning process. Family, marital and medical connections were reactivated at that time. Medically, cirrhosis appeared as a sudden irruption of reality, which can be a lever to weaning, while the general practitioner was described as absent time of the poisoning or even preachy.

Discussion et conclusion :

On psychopathology, the issue of the link and attachment take an important place. The product function are to address the need for emotional security, to fill the gap. Medically, the doctor's paternalistic position is outdated, becoming useful and helping when up in support and consolidates the base of the patient's health. Would it be to otherwise caring alcoholics whatever the stage of development of their disease? Should we orient ourselves more toward risk reduction, rather than strive for a final weaning?

Keywords : Alcohol. dependence. Weaning. Cirrhosis. Link. Patient.