

N° d'ordre :

ANNÉE 2017



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

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Etienne Sitaud**

Né le 11 février 1986 à Melun

---

**Baclofène et addiction à  
l'alcool : Vécu et  
ressenti du patient.**

Étude qualitative par entretiens  
semi-dirigés auprès de 10  
patients à Rennes et en  
Guadeloupe

**Thèse soutenue à RENNES  
le 25 avril 2017**

devant le jury composé de :

**Dominique DRAPIER**

PU-PH de psychiatrie, CH Guillaume Rénier,  
Rennes / *Président*

**Patrick JEGO**

PU-PH de médecine interne, CHU Hôpital Sud,  
Rennes / *Juge*

**Eric MENER**

PU associé de médecine générale, DMG  
Rennes / *Juge*

**Antoine DE GUIBERT**

Médecin généraliste, Rennes / *Membre invité*

**Gaël LAGADEC**

Médecin généraliste et addictologue, CSAPA  
Saint Malo / *Directeur de thèse*

## PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

**PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

**PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

**PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>Nom Prénom</b>	<b>Sous-section de CNU</b>
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
MORTEMOSQUE Bruno	Ophthalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie

**PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>Nom Prénom</b>	<b>Sous-section de CNU</b>
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

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

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

<b>Nom Prénom</b>	<b>Sous-section de CNU</b>
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (MC associé – MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	



## REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur Dominique Drapier,  
Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A monsieur le Professeur Patrick Jégo.  
Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Veuillez recevoir toute ma profonde reconnaissance.

A monsieur le Professeur Eric Méner.  
Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Veuillez recevoir le témoignage de mon entier respect.

A monsieur le Docteur Antoine De Guibert.  
C'est dans ton cabinet que j'ai découvert le baclofène et les témoignages bouleversants de certains patients. Je te remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

A monsieur le Docteur Gaël Lagadec.  
Je vous remercie pour vos conseils, vos relectures et le temps consacré à la direction de ma thèse, malgré l'éloignement géographique. Un remerciement tout particulier pour les cours dispensés avec passion à la faculté de Rennes.

Aux patients rennais et guadeloupéens qui ont accepté de participer à ce travail et, sans qui, cette thèse n'aurait jamais existé.

Aux personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de cette thèse et au recrutement des patients, notamment Dr Tarer du CSAPA Basse-Terre, Dr Dudoret du CSAPA Pointe à Pitre, Dr Brouzes du CHLDB.

Aux médecins qui ont participé de près ou de loin à ma formation. Une pensée toute particulière au Pr France Roblot du CHU de Poitiers et au service de Gériatrie aïgue du CH Fougères.

## **DEDICACES**

A Delphine et à Manon. Ma femme et ma fille, vous me comblez chaque jour de bonheur.

A mes parents et à mon frère, qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A ma grand-mère maternelle.

A mes autres grands-parents, qui auraient été fiers de moi.

A mes amis, toujours présents après tant d'années. De la Charente à Rennes, en passant par Poitiers, vous êtes un soutien indéfectible et une source de bonne humeur pour moi.

A mes Bibliothèques Universitaires préférées et aux bancs des facultés de médecine de Poitiers et de Rennes.

Baclofène et addiction à l'alcool :  
vécu et ressenti des patients.

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés  
auprès de 10 patients à Rennes et en Guadeloupe

Baclofen and alcohol addiction :  
lived and feeling of patients.

Qualitative study with semi-directed talks  
close to 10 patients in Rennes and in Guadeloupe

## RESUME

**Contexte** : L'addiction à l'alcool est un enjeu majeur de santé publique, responsable d'une morbi-mortalité importante en France. Le baclofène, médicament aux propriétés anti-craving, a bénéficié d'une médiatisation importante, poussée par les associations de patients. **Objectif** : Le but de cette étude est d'analyser le vécu des patients traités par baclofène pour la maladie alcoolique. **Méthode** : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée entre avril 2015 et octobre 2016 auprès de patients rennais et guadeloupéens. Les données ont été analysées par thèmes dans une perspective de théorisation ancrée. **Résultats** : 10 entretiens ont été réalisés. Les usagers décrivent de façon unanime un parcours de souffrance et d'échecs avant l'essai du baclofène. La plupart étaient acteurs et initiateurs de leur prise en charge, et souvent informés sur les modalités du traitement. Ils évoquent l'effet anti-craving obtenu. De nombreux facteurs favorisant l'adhésion au traitement sont évoqués. Une participation placebo et une alliance thérapeutique ont été des éléments associés à l'efficacité du traitement. Les usagers rappellent l'importance d'une prise en charge globale. Un soutien social et environnemental, une prise en charge des comorbidités psychiatriques et la capacité de mise en place de stratégies de contrôle complètent la thérapeutique médicamenteuse. **Conclusion** : Le baclofène s'avère être un médicament intéressant dans la prise en charge complexe de l'addiction à l'alcool. Il s'inscrit dans une politique de réduction des risques et des dommages en Santé.

## ABSTRACT

**Background** : Alcohol addiction is a major public health issue, responsible of a high morbidity and mortality in France. Baclofen, a drug with anti-craving properties, has benefited of a large media coverage, driven by patients associations. **Aim** : The objective of this study is to analyse the feelings and experience of the patients treated by baclofen for alcoholic disease. **Method** : A qualitative study by semi-directed interviews carried out between april 2015 and october 2016, with patients from Rennes and Guadeloupe. Data was analysed by themes in a grounded theory perspective. **Results** : 10 interviews have been realised. The users unanimously describe a way of suffering and failure before the baclofen trial. Most of them were actors and initiators of their healthcare, and often informed about treatment modalities. They speak of the anti-craving effect obtained while using the drug, and mention many factors that favor adhering to the treatment. A Placebo participation and a therapeutic alliance were elements associated to the effectiveness of the treatment. The users highlight the importance of an overall care. A social and environmental support, a management of psychiatric comorbidities and the ability to implement control strategies complete the drug therapy. **Conclusion** : Baclofen is an interesting medicine for the complex care of alcohol addiction. It is part of a risks and damage reduction policy in Health.

## **MOTS-CLES / KEYWORDS**

### **Mots clés :**

Addiction  
Alcool  
Vécu du patient  
Baclofène  
Recherche qualitative

### **Keywords MeSH :**

Addiction  
Alcohol  
Patient feeling  
Baclofen  
Qualitative research

## GLOSSAIRE

AA : Alcooliques anonymes

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AUBES : Association des utilisateurs de baclofène et sympathisants

AUDIT : Alcohol use disorder identification

AUDIT-c : Alcohol use disorder identification, version courte

CDA : Consommation déclarée d'alcool

CHLDB : Centre hospitalier Louis-Daniel Beauperthuy

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10ème version

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

Dr : Docteur

DSM IV : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th version

DSM 5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th version

EMA : European medicines agency

FACE : Fast alcohol consumption evaluation

GABA-A : Gamma amino butyric acid, receptor A

GABA-B : Gamma amino butyric acid, receptor B

NIMH : National institute of mental health

OMS : Organisation mondiale de la santé

PIB : Produit intérieur brut

Pr : Professeur

RESAB : Réseau addiction baclofène

RPIB : Repérage précoce et Interventions brèves

RTU : Recommandation temporaire d'utilisation

SFA : Société française d'alcoologie

SUDOC : Système universitaire de documentation

TSO : Traitement substitutif aux opiacés

USLA : Unité de soins et de liaison en addictologie

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine



## TABLE DES MATIERES

RESUME.....	12
ABSTRACT.....	13
MOTS-CLES / KEYWORDS.....	14
GLOSSAIRE.....	15
TABLE DES MATIERES.....	17
INTRODUCTION.....	19
1/ Épidémiologie.....	19
2/ Définition du mésusage de l'alcool.....	19
3/ Repérer un trouble de l'usage : le Repérage Précoce et les Interventions Brèves.....	20
4/ Les interventions thérapeutiques.....	21
4-1/ Intervention psychosociale.....	21
4-2/ Intervention médicamenteuse.....	21
5/ Neurobiologie de la dépendance et du baclofène.....	23
6/ Étude du vécu du patient : un champ peu investigué.....	24
METHODE.....	25
1/ Type de l'étude.....	25
2/ Population de l'étude.....	25
3/ Le guide d'entretien.....	25
4/ Analyse des données.....	26
RESULTATS.....	27
1/ Population de l'étude.....	27
1-1/ Caractéristiques quantitatives.....	27
1-2/ Entretiens individuels.....	27
2/ Une maladie dévastatrice.....	28
2-1/ La maladie alcoolique : des conséquences bio-psycho-sociales majeures.....	28
2-2/ Un parcours d'échecs.....	30
2-3/ Le baclofène : une réputation flatteuse.....	31
2-4/ Et la prise de conscience, et la volonté dans tout ça ?.....	32
3/ Le traitement par Baclofène.....	34
3-1/ Relation avec le prescripteur.....	34
3-2/ L'effet sur la consommation d'alcool.....	35
3-3/ Les spécificités de la prise du baclofène.....	36
3-4/ Un médicament nécessaire mais pas suffisant.....	37
3-5/ Les effets indésirables et la tolérance.....	38
3-6/ Quid de l'avenir.....	39
4/ Une prise en charge globale.....	41
4-1/ Rôle de l'entourage du patient et regard de la société.....	42
4-2/ Rôle de la prise en charge psychologique.....	42
4-3/ Un usage dépendant de facteurs psycho-environnementaux.....	43
4-4/ Un comportement à changer.....	44
DISCUSSION.....	46
ATOUS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	46
1/ Sujet et type d'étude.....	46
2/ Échantillonnage.....	46
3/ Faiblesses de l'étude.....	46
3-1/ Biais liés à l'échantillon.....	46
3-2/ Biais liés à l'intervieweur.....	47
3-3/ Biais liés à l'interviewé.....	47

INTERPRETATION DES RESULTATS.....	47
1/ Un contexte très particulier.....	47
1-1/ Un nouveau paradigme.....	47
1-2/ L'accès au traitement.....	48
1-3/ La place pour la polémique ?.....	49
2/ Une véritable dynamique autour du baclofène.....	50
2-1/ L'adhésion au traitement. ....	50
2-2/ Un modèle d'alliance thérapeutique.....	50
2-3/ La participation placebo.....	51
2-4/ Un traitement contraignant.....	52
3/ Une motivation au changement implicitement engagée et renforcée.....	53
4/ Apprendre à changer son comportement.....	54
5/ Ne pas négliger la comorbidité psychiatrique.....	54
6/ L'hypothèse d'une rémission sans traitement.....	55
7/ Des différences de vécu entre Métropole et Antilles ?.....	55
PERSPECTIVES.....	57
CONCLUSION.....	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	60
LISTE DES ANNEXES.....	65

## INTRODUCTION

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France, même si sa consommation diminue depuis 40 ans (1). En 2009, la consommation d'alcool par an et par adulte était évaluée à 12,3 litres. Alors que la consommation de boissons alcoolisées constitue une composante importante des pratiques culturelles françaises, elle est également responsable de risques sanitaires et sociaux qui en font un problème de santé publique majeur (2).

### 1/ Épidémiologie.

On estime qu'environ 10% des adultes ont un usage problématique d'alcool en France (4 à 4,5 millions de personnes) et qu' 1,5 à 2 millions de français sont alcoolo-dépendants, avec une prédominance masculine forte (3).

En 2009, 49 000 décès sont attribuables à l'alcool, soit 8% de l'ensemble des décès. Ceci inclut 15 000 décès par cancer, 12 000 décès par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladie digestive, 8 000 par cause externe et 3 000 par maladies mentales ou troubles du comportement. L'alcool est responsable d'une fraction importante de mortalité prématurée : 22% des décès sont dus à l'alcool chez les 15-34 ans, et 18% chez les 35-64 ans.

Il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable derrière le tabac (4). Par ailleurs, l'alcool augmente le risque de nombreux dommages sociaux et de façon dose dépendante (5).

Du point de vue économique, la surconsommation d'alcool induit un coût social évalué à 17,6 milliards d'euros / an, soit 1,4% du PIB (6). Cela correspond aux dépenses de santé, à la consommation, aux pertes de production et à l'absentéisme.

Malgré l'ampleur du fardeau sanitaire et social qu'il constitue, on constate encore que moins de 10% des personnes présentant un usage nocif d'alcool ont accès à des soins spécialisés.

### 2/ Définition du mésusage de l'alcool.

Les troubles liés à l'usage de l'alcool correspondent à des ensembles nosologiques décrits dans deux systèmes de classifications, la CIM-10 (classification internationale des maladies 10e version) et le DSM IV et 5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders).

Les classifications CIM-10 et DSM-IV se rejoignent car elles proposent deux diagnostics hiérarchisés : l'utilisation nocive et la dépendance pour la CIM-10, l'abus et la dépendance pour le DSM-IV. Dans ces deux systèmes, un diagnostic de dépendance rend impossible le diagnostic d'abus ou d'usage nocif (Annexe 1).

Le DSM-5 a proposé un diagnostic unique de trouble de l'usage de l'alcool (alcohol use disorder) à 11 critères, gradé en 3 niveaux de sévérité (faible, modéré, sévère) (7).

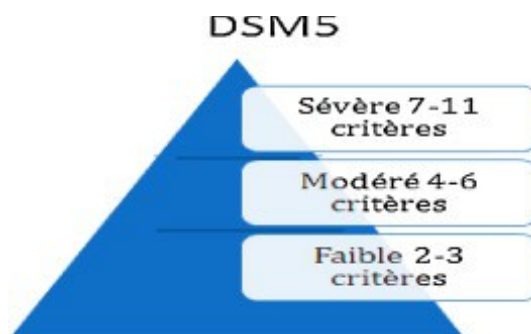


Illustration 1 : DSM-5

Il existe alors un continuum entre l'usage dit simple de l'alcool et les formes les plus sévères du mésusage, avec ses conséquences médico-psycho-sociales majeures.

L'usage à risque correspond à une consommation de plus de 21 verres standard par semaine pour les hommes, ou plus de 14 pour les femmes, ou plus de 4 par occasion de boire, ou enfin n'importe quelle consommation dans certaines situations (enfance, grossesse, conduite automobile) (Annexe 2) (8).

Les troubles liés à l'usage à risque sont un ensemble d'éléments cognitifs, somatiques et comportementaux montrant que le sujet continue de consommer malgré des conséquences préjudiciables pour sa santé, et plus généralement pour sa vie quotidienne.

### 3/ Repérer un trouble de l'usage : le Repérage Précoce et les Interventions Brèves.

Le médecin généraliste a une place privilégiée et capitale dans la prévention des addictions en général, et en particulier à l'alcool (9). Le repérage précoce et les interventions brèves (RPIB) pourraient être proposés à chaque patient adulte en médecine générale, soit de façon opportuniste (devant des signes fonctionnels, à l'occasion d'un bilan de santé, ou d'une campagne publique), soit de façon systématique (pour un premier consultant, à l'occasion d'un bilan annuel de santé). Le repérage précoce et les interventions brèves sont un acte de prévention, un acte de soins et devraient s'intégrer comme des examens de routine par le généraliste, à l'image du conseil minimal qui est réalisé concernant le tabagisme (10).

Il existe des outils simples et pratiques de repérage précoce, par des questionnaires validés tels que l'AUDIT (10 questions) ou AUDIT-C (3 questions) ou FACE, ou encore l'évaluation de la consommation déclarée d'alcool (CDA). Le questionnaire AUDIT-c semble être celui de référence en France. Un score supérieur à 3 pour la femme et 4 pour l'homme évoque un mésusage de l'alcool et un score supérieur à 10 évoque une dépendance à l'alcool (Annexe 3).

Les interventions brèves qui en découlent dépendent du niveau de sévérité du mésusage de l'alcool (Annexe 4). Elles ont fait preuve de leur efficacité dans la réduction notable des consommations (11).

## 4/ Les interventions thérapeutiques.

### 4-1/ Intervention psychosociale.

L'objectif de l'intervention est la réduction des consommations de façon durable. L'abstinence est l'objectif de consommation le plus sûr des personnes dépendantes à l'alcool, cependant une réduction des consommations peut s'envisager si l'abstinence n'est pas l'objectif du patient (12). L'acceptation par le professionnel de santé des préférences du patient semble apporter de meilleurs résultats que l'imposition au patient du point de vue du professionnel de santé.

Les interventions brèves, les entretiens motivationnels et les thérapies cognitivo-comportementales sont des techniques efficaces en soins primaires (13). L'entraînement à l'autocontrôle comportemental par le patient semble être actuellement l'intervention psychosociale la plus efficace dans l'objectif de réduction des consommations.

Trois éléments semblent essentiels dans l'efficacité d'une intervention : la restitution des résultats du test de repérage, la relation d'aide (délivrer un conseil) et l'établissement en commun (alliance thérapeutique) de l'objectif à atteindre par le patient.

### 4-2/ Intervention médicamenteuse.

Les traitements actuels en alcoologie ont des AMM pour la prévention et le traitement du syndrome de sevrage, l'aide au maintien de l'abstinence et l'aide à la réduction des consommations. Les traitements médicamenteux doivent toujours être associés à une prise en charge psychosociale adaptée (14).

Les benzodiazépines sont le traitement de référence de la prévention et prise en charge du syndrome de sevrage, associé à une vitaminothérapie B1B6. Le diazépam (Valium<sup>o</sup>) est préféré du fait de sa demi-vie longue, offrant une meilleure couverture des besoins. Les quantités sont diminuées progressivement et la durée de prescription est limitée généralement à 4 semaines maximum, selon l'intensité des symptômes.

En première intention concernant le maintien de l'abstinence et donc la prévention de la rechute, l'acamprosate (AOTAL<sup>o</sup>, traitement pour un an) et la naltrexone (REVIA<sup>o</sup>, traitement pour 3 mois) sont indiqués.

- L'acamprosate est à la fois agoniste GABA-A, antagoniste glutamergique et ayant un composant calcique, il semble avoir peu d'effets sur le craving mais jouerait sur l'anxiété et les troubles du sommeil. Environ 20 à 30% des patients répondraient à ce traitement (14).
- La naltrexone est un antagoniste des récepteurs opiacés mu essentiellement, et il diminuerait la libération de dopamine au niveau du système de récompense et ainsi l'action renforçante de l'alcool et l'envie de consommer. Il réduit donc davantage le

craving et le nombre de jours de fortes consommations que l'acamprosate mais serait moins efficace sur le maintien de l'abstinence. Les sujets forts consommateurs seraient davantage répondeurs que les sujets dépendants.

L'association Aotal°-Revia° peut être plus efficace que la prise d'un des deux médicaments (14).

Le disulfirame (ESPERAL°) bloque la dégradation de l'acétaldéhyde entraînant lors d'une consommation d'alcool un effet antabuse (flush, nausées, vomissements, hypotension artérielle, tachycardie,...). Il est proposé au patient motivé par l'abstinence. Cependant, en raison de ses effets indésirables et de la dangerosité potentielle, il est proposé en seconde intention après l'acamprosate ou la naltrexone.

Une AMM a été créée en 2015 pour la réduction des consommations chez les patients alcoolo-dépendants et le nalméfène (SELINCRO°) a été le premier à l'obtenir. C'est un antagoniste opiacé des récepteurs mu et delta, et serait également agoniste partiel des récepteurs kappa responsable de l'effet dysphorique important dans les alcoolisations chroniques. Ainsi, le nalméfène aurait à la fois une action sur le craving de récompense (transmission mu) et sur le craving de soulagement (transmission kappa). Il est pris lorsque le patient en ressent le besoin : chaque jour où il perçoit le risque de boire de l'alcool, la prise est unique et idéalement une à deux heures avant le risque de consommation (13).

Le baclofène (LIORESAL°) est un agoniste des récepteurs GABA-B, impliqués dans le circuit de la récompense au niveau du système nerveux central. Il est utilisé depuis 1974 comme traitement des contractures musculaires involontaires spastiques d'origine neurologique (sclérose en plaques ou maladies de la moelle épinière). Dans cette indication, les doses varient entre 30 et 75 mg.

Le potentiel addictolytique du baclofène a été étudié dans les années 1990 dans le champ de l'alcool et de la cocaïne (15). En France, c'est le Dr Olivier Ameisen qui, par ses études, dont une en auto-administration de baclofène, et par la sortie de son livre *Le dernier verre* (2008), a fait découvrir au grand public ce nouveau médicament. Dès lors, devant la demande croissante et l'enthousiasme des patients, les autorités sanitaires (ANSM) ont eu à encadrer sa prescription initialement hors AMM, en instaurant une RTU dès mars 2014, offrant un cadre médico-légal aux prescripteurs (16).

Cette RTU est prolongée d'un an depuis mars 2017. Les conditions de prescription sont assouplies et le protocole révisé (17). Les seuils de posologies nécessitant l'avis de confrères sont supprimés, tout comme que les contre-indications chez les patients souffrant de troubles psychiatriques ou les patients épileptiques, et le portail internet de saisie des données.

Deux études françaises de grande envergure, multicentriques, en double aveugle versus placebo, étaient en cours depuis avril (BACLOVILLE) et octobre (ALPADIR) 2012 (18).

## 5/ Neurobiologie de la dépendance et du baclofène.

Toutes les drogues ont la particularité commune de suractiver le circuit méso-cortico- limbique, dit circuit de « récompense ». La prise répétée d'une substance addictogène provoque une « neuro-adaptation » de ce système. Les conséquences engendrées sont une modification du fonctionnement des structures cérébrales impliquées dans les émotions et la mémoire, l'intégration d'habitudes et de comportements ritualisés, et aussi le contrôle de l'inhibition.

Ces perturbations s'expliquent par une altération de la transmission de dopamine, neurotransmetteur de l'apprentissage et du plaisir, dans le striatum. Cette libération dépend d'une modulation réciproque entre neurones glutamatergiques et neurones GABAergiques (19).

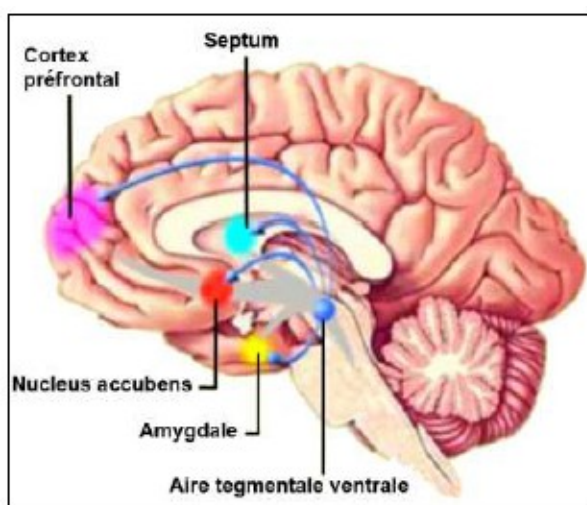


Illustration 2: le système méso-cortico- limbique

Le baclofène est un agoniste sélectif du récepteur GABA-B et de nombreuses études ont montrés que les récepteurs GABA-B sont présents au niveau de l'aire tegmentale ventrale, à la fois sur les neurones dopaminergiques et sur les neurones glutamatergiques excitateurs afférents, ce qui laisse suggérer que le baclofène joue un rôle majeur dans la régulation des comportements émotionnels, la neurotransmission GABA étant celle aussi impliquée dans le contrôle de l'anxiété. L'hypothèse a été faite que, par le biais de l'activation des récepteurs GABA-B, le baclofène diminuerait la libération de dopamine (stimulée par la consommation d'alcool et autres substances psychoactives) au niveau du striatum ventral et de ce fait diminuerait le phénomène de renforcement positif permettant d'atteindre un état d'abstinence, ce qui en ferait une propriété anti-craving.

## 6/ Étude du vécu du patient : un champ peu investigué.

Lors de mon stage praticien du semestre d'hiver 2013-2014, j'ai découvert la prescription de Baclofène pour des patients malades alcooliques, dans le cabinet libéral du Dr De Guibert. J'ai alors rencontré des hommes et des femmes qui avaient été touchés par cette maladie, et dont le désastre se lisait parfois encore sur leurs visages. Certains avaient perdu leur permis de conduire ou leur travail, d'autres étaient divorcés, d'autres avaient eu de multiples blessures suite à des chutes. Seulement, leurs témoignages concernant le baclofène se révélaient presque comme un miracle : ils avaient retrouvé le contrôle de leur vie. Ils avaient retrouvé l'espoir. La boisson alcoolique n'était désormais plus un problème. Et tout ceci avec une apparente facilité. Comment ce traitement avait-il pu changer de façon aussi positive leur vie ? Comment, après autant d'années de galère, avaient-ils pu modifier leur vie aussi facilement et radicalement ? Ces histoires m'ont particulièrement touché, et m'ont poussé à me documenter sur la prise en charge de l'alcoolisme, sur le baclofène et tout le contexte l'entourant.

A la date de validation de la fiche de thèse en février 2015, il n'existait pas, à la faculté de Rennes, d'étude qualitative concernant le patient sous baclofène : deux thèses, une qualitative et une quantitative, étaient en cours concernant le baclofène dans la maladie alcoolique mais du point de vue du médecin prescripteur.

Une seule thèse avait été recensée en rapport au sujet sur le catalogue SUDOC, réalisée par le Dr Nguyentieu à la faculté de Reims, en 2014 (20).

Il me semblait primordial de comprendre l'expérience du patient malade alcoolique. L'arrivée du baclofène a bouleversé la pratique des médecins en soins primaires certes, et a aussi et surtout provoqué un espoir chez les patients parfois résignés, souvent en échec et en fin de parcours de soins. Le baclofène a également suscité des controverses dans la communauté médicale. L'objectif de cette thèse était donc d'étudier le vécu et le ressenti des patients dépendants à l'alcool traités par baclofène.



## METHODE

### 1/ Type de l'étude.

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés. L'étude se base sur des techniques de recherche qualitative. L'approche qualitative est adaptée à l'étude des phénomènes sociaux, à la compréhension du contexte et des sujets dans leur environnement (21). En médecine générale, il existe plusieurs thèmes prioritaires en recherche qualitative : le sujet de cette étude permet de regrouper plusieurs d'entre eux (22).

### 2/ Population de l'étude.

A Rennes, le recrutement des patients s'est réalisé en partie auprès des Docteurs Lagadec et De Guibert, médecins généralistes libéraux qui prescrivent du baclofène depuis quelques années dans l'indication de la maladie alcoolique. J'ai récupéré ensuite les coordonnées des patients intéressés par mon travail, et je les rencontrais une fois leur accord confirmé. Des flyers ont également été déposés dans les structures d'associations de malades à Rennes, telles que « Les amis de la santé d'Ille et Vilaine » et « Alcool assistance d'Ille et Vilaine ».

En Guadeloupe, les contacts ont été établis avec les CSAPA de Basse-Terre et de Pointe à Pitre, ainsi qu'auprès des structures hospitalières USLA du CHU de Pointe à Pitre et l'Unité d'alcoologie du CHLDB de Pointe Noire.

Les patients ont été rencontrés soit chez eux, soit dans des locaux des CSAPA de Basse-Terre et de Pointe à Pitre, soit dans des endroits calmes, propices à la discussion (jardin public).

### 3/ Le guide d'entretien.

Le guide d'entretien permet de définir le déroulement de l'entretien tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions. Il s'attèle à rester court, avec des questions ouvertes, cohérentes et neutres. Il est basé sur les grands thèmes que l'on souhaite aborder.

Le guide d'entretien initial était le suivant :

- Quelles sont les circonstances / situations / raisons qui vous ont amené au baclofène ?
- Qu'attendiez vous / Qu'attendez-vous de ce traitement ?
- Y a-t-il eu des difficultés et si oui lesquelles ?
- Que pensez vous personnellement du baclofène ?
- Comment avez vous vécu / vivez vous ce traitement ?
- Qu'est ce qui a changé quand vous avez pris du baclofène ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de la maladie alcoolique ?

Il s'est modifié progressivement au cours des entretiens, avec la création d'une question finale large telle que « Avez-vous d'autres choses à raconter qui n'auraient pas été exprimées jusqu'à présent ? » dans le but de reprendre d'éventuel élément auquel le patient tenait avant de clôturer l'entretien.

Un formulaire de présentation est rempli au début d'entretien. Il reprend succinctement l'objectif de l'étude et permet de compléter les données quantitatives relatives à l'échantillon des personnes rencontrées (Annexe 5). Enfin, avant de débiter l'entretien, il est rappelé au patient qu'il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse, qu'il ne s'agit pas d'une enquête « pro- ou anti-baclofène », et que toutes les données de l'entretien sont anonymisées et confidentialisées. Le but est de mettre en confiance le patient et de rendre ses propos les plus libres possibles.

#### 4/ Analyse des données.

Les entretiens sont enregistrés par dictaphone. Le contenu intégral de ces enregistrements est retranscrit sans aucune modification de la syntaxe, du vocabulaire ou de la grammaire, en précisant les nuances (colère, hésitation, conviction,...) et le non verbal (soupirs, silences,...).

La retranscription est faite au moyen du logiciel de traitement de texte classique type Open Office. Les verbatim étaient alors découpés par code couleur en unités de sens. Celles-ci ont été ensuite réunies en sous-catégories, puis en catégories et enfin en thèmes. Cette démarche a été répétée à plusieurs reprises de manière à établir un codage homogène et cohérent.

L'analyse est faite au moyen d'une méthode dite de théorie ancrée, selon les principes de la « grounded theory » (23). Il s'agit d'une méthode d'analyse qualitative « *visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives.* » La théorisation ancrée permet de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens, et de les mettre en relation.

L'analyse par théorisation ancrée suit donc une logique simple, servie par une succession d'étapes (codification, catégorisation, mise en relation) ayant l'avantage de décomposer le travail en étapes bien distinctes. Néanmoins un aller-retour constant entre ces différentes étapes est indispensable et un continuum les relie (24).

## RESULTATS

### 1/ Population de l'étude.

#### 1-1/ Caractéristiques quantitatives.

10 patients ont été rencontrés entre avril 2015 et octobre 2016. Les 5 premiers entretiens (E1 à E5) se sont déroulés à Rennes, les 5 derniers entretiens en Guadeloupe (E6 à E10). Les principales données socio-démographiques sont présentes dans le tableau 1 :

Entretien	Sexe (H/F)	Age (années)	Catégorie Socio-professionnelle	Durée prise en charge par baclofène	Durée prise en charge troubles liés à l'alcool	Durée entretien
E1	H	37	Cadre supérieur	3 ans	4 ans	36min
E2	H	28	Sans activité	0,5 an	0,5 an	35min
E3	F	49	Sans activité	3,5 ans	10 ans	39min
E4	H	48	Profession libérale	1,5 an	2 ans	24min
E5	H	45	Cadre supérieur	3,5 ans	6,5 ans	35min
E6	H	55	Professeur	1,5 an	3 ans	32min
E7	H	62	Serrurier métallier	1 an	3 ans	27min
E8	H	50	Formateur pour adulte	2 ans	6 ans	29min
E9	H	45	Fonctionnaire	3,5 ans	13 ans	44min
E10	H	39	Agent logistique	1 an	1 an	30min

Tableau 3 : caractéristiques socio-démographiques des patients interviewés

L'âge moyen était de 45,8 ans. Une seule femme a été rencontrée contre 9 hommes. A la date de chaque interview, la durée moyenne de prescription du baclofène était de 2,1 années. La durée moyenne de suivi pour les troubles d'usage d'alcool était de 4,9 années.

#### 1-2/ Entretiens individuels.

5 entretiens se sont déroulés au domicile des patients, 2 au sein d'un jardin public, et 3 dans une salle d'un CSAPA (2 à Basse-Terre, 1 à Pointe à Pitre).

La durée moyenne des interviews était de 33,1 min. La plus courte a duré 24 min, la plus longue 44 min.

## 2/ Une maladie dévastatrice.

La prise de baclofène s'est inscrite dans un parcours de vie particulièrement délicat concernant les patients de l'étude. Ils évoquent le contexte et les circonstances qui les ont amenés au baclofène, ainsi que les diverses conséquences, souvent destructrices, de leur maladie alcoolique.

Nous aborderons donc d'abord les retentissements des troubles de l'usage de l'alcool évoqués par les patients, puis leur vision et leur vécu concernant les outils habituels et classiques de la prise en charge de l'alcoolisme, tels que les médicaments sur le marché et les cures de sevrage.

Puis nous évoquerons le regard du baclofène par les patients, et notamment sa popularité.

Enfin, de nombreux patients ont parlé d'un élément déclencheur de la prise en charge, à l'initiation du traitement par baclofène.

### 2-1/ La maladie alcoolique : des conséquences bio-psycho-sociales majeures.

Les patients évoquent de façon unanime une souffrance ancienne liée aux troubles de la consommation d'alcool. Ils évoquent les critères de dépendance, la perte de maîtrise de la consommation, l'envie irrésistible de boire, les rechutes régulières après une période d'abstinence.

*E1 : les caractéristiques de l'alcoolisme dépendance, c'est chuter, refaire une chute, et puis se relever, faire en sorte de marcher un peu plus droit la prochaine fois. Mais la chute fait partie, enfin la rechute plus exactement, fait partie du processus, avec ou sans baclofène, du processus.*

*E4 : plus ça allait plus j'allais sombrer dans l'alcoolisme ; tous les soirs je buvais et le week-end c'était le relâchement complet je pouvais boire 3 ou 4 bouteilles de vin. Donc c'était ingérable*

*E8 : La maladie alcoolique elle est difficile, elle peut être très très très difficile, à la fois psychologiquement, et physiquement.*

Ils évoquent le craving, cette envie irrépressible de consommer qui s'impose au malade :

*E2 : je consomme pas quotidiennement, c'est juste que j'ai des crises à des moments, où j'ai besoin de consommer de l'alcool [...] c'est une attaque en règle.*

*E5 : c'est le corps qui appelle quelque part, qui demande cette ébriété, qui demande cet alcool.*

*E10 : Mais il y a des fois il y a des déclencheurs où j'ai envie de boire,*

Les conséquences sont multiples et affectent de façon négative la vie des patients. Elles sont d'ordre sociale, familiale, professionnelle, judiciaire, médicale, psychologique :

*E1 : le souillard de base que j'étais et qui a explosé ma famille*

*E10 : parce que j'ai perdu mon emploi, j'ai perdu mon permis, je risquai de perdre ma femme.*

*E7 : Oui oui j'ai eu un accident de voiture dans le coin. Bon après j'ai été jugé, hospitalisé. J'ai été jugé après, au bout de j'sais pas combien de temps et voilà, ils m'ont fait un suivi*

*E8 : Il y a les conséquences physiques aussi : je me suis pété le 5e métacarpien, euh, j'ai écrasé ma voiture, j'ai eu pas mal de problèmes familiaux, notamment avec ma femme*

*E6 : parfois ça me rendait quand même relativement agressif, mais vis à vis de moi même [...] j'en étais arrivé à me battre contre les volets, des trucs comme ça quoi.*

La plupart des patients évoquaient un gradient de sévérité dans l'alcoolisme, et quelques témoignages relativisaient d'ailleurs leur état : il y a pire qu'eux.

*E3 : les gens qui sont dans l'alcool parfois touchent le fond, et moi parfois j'ai touché le fond.*

*E6 : moi j'étais pas un alcoolique profond voyez ce que je veux dire,*

*E9 : mais j'étais pas dans un état, j'étais toujours bien habillé, comme on voit des mecs qui picolent qui machin qui sont sales sur eux même, tout, non. [...] puis bon je pense j'étais alcoolique mais pas au degrés vraiment, besoin de bouteilles, des trucs comme ça. [...] Je suis passé par toutes les étapes de l'alcoolisme.*

Des témoignages expriment le côté culturel, social et gastronomique de l'alcool en France :

*E5 : J'étais une personne qui avait besoin d'aller dans les bars le soir pour décompresser de la journée, mon médecin appelait ça une sorte d'alcoolisme mondain [...] cordialité [...] personnes qui faisaient finalement partie de ma vie sociale,*

*E6 : Mon père m'a appris à boire quand on était jeune, ainsi qu'à mon frère, on devait avoir 13 ans 14 ans.*

*E9 : Et puis bon je peux vous dire, si je suis alcoolique ici la moitié de la population en guadeloupe est alcoolique.*

La notion de culpabilité du patient et de stigmatisation par l'entourage ou par la société font une particularité de la maladie alcoolique, et s'ajoutent à la souffrance des patients :

*E8 : c'est à dire quand on est dans les réunions familiales, il n'y a pas d'alcool, parce que je suis là. Et là c'est parfois difficile à vivre, parce que je sens qu'ils se privent par rapport à moi. C'est difficile à gérer. [...] donc j'ai toujours l'impression d'être fliqué, donc là c'est vraiment la sensation d'être diminué, d'être rabaissé.*

*E9 : je culpabilisais pas mal en disant je suis un mauvais père [...] On les connaît les gens qui boivent de l'alcool.*

## 2-2/ Un parcours d'échecs

Les patients ont évoqué spontanément leurs prises en charge précédant l'essai du baclofène. Le regard a été plutôt négatif sur les cures de sevrage : Certains évoquent une prise en charge vieillie et archaïque, un objectif d'abstinence à long terme difficilement réalisable, une inadéquation entre la prise en charge hospitalière, décrite comme trop protectrice, et la prise en charge ambulatoire. Certains patients remettent en cause la prise en charge classique, voire même la rejettent. Ils souhaitent une alternative.

*E1 : et donc je me suis assez vite écarté des lieux [...] J'appelle l'ancienne méthode parce que elle a pas beaucoup varié, donc voilà..*

*E3 : après des post cures qui se sont toujours bien passées j'dirais [...] Pourquoi, parce que la maladie alcoolique, dans les centres de soins, c'est parfaitement adapté, mais c'est pas la vie de tous les jours les centres de cures, c'est le petit cocon, on est bien protégé, on nous prépare plus ou moins à la sortie, moi pour en avoir fait, j'ai fait quand même 3 ou 4 post cures après sevrage, je crois que le mieux que j'ai fait en matière d'abstinence ça a été un an [...] Donc j'ai décidé en fait d'arrêter ces démarches en institution qui pour moi ne portait plus rien. [...] je ne voulais plus des structures, voilà je voulais me tourner vers quelqu'un d'autre.*

*E10 : Les gars, ils font 3 mois là, quand ils retournent bah ils sont encore plus dans l'alcool [...] aller dans un centre, pour faire une désintoxication, et ressortir encore plus malade, c'est pas la peine.*

La cure de sevrage peut être, pour certains, bénéfique pour sa pédagogie et la prise de conscience qu'elle apporte.

*E9 : j'ai été là comment ça s'appelle, faire la cure, c'était positif pour moi la cure [...] A B\*\*\*\*\*, j'y étais allé qu'une fois, 3 semaines, bon ça s'est bien passé. C'était pour moi quelque part il fallait que je voie, et puis la façon dont ça a été fait, c'était, c'était.... il y avait une pédagogie qui était bien et tout, mais je pense pas que tout le monde puisse comprendre bien*

L'abstinence est également évoquée. Elle représente bien souvent des échecs répétés, un objectif difficilement tenable sur le long terme pour les patients, un combat quotidien. Ils mettent en comparaison la lutte contre le craving, élément qui les fait ou qui les a fait rechuter. Ils opposent abstinence et craving, le craving étant plus fort que l'abstinence :

*E1 : parce que voilà avant le baclofène, j'suis désolé soit vous avez de grosses épaules, et encore on compte par jour, tiens ça fait 3 ans que j'ai pas bu, ya des gens qu'j'entendais parler, ouai ça fait 20 ans sans boire, 20 ans d'abstinence, et puis paf ça repart d'un coup et ça repart pour 14 ans, 14 ans de beuverie..*

*E3 : Et encore j'ai envie avec de la lutte, j'étais en lutte en fait. J'étais abstinente mais j'ai envie de dire pas complètement sobre par rapport à l'envie d'alcool.*

*E5 : je me suis contraint à faire des périodes sans alcool de manière très difficile, c'est à dire la 1ere semaine le 1er jour très difficile, j'ai réussi à tenir des périodes allant jusqu'à 2 mois [...] quand on arrête en se forçant, on ne boit plus mais on reste alcoolique. Parce que l'envie est encore là, c'est un peu peine perdue, à un moment ou un autre ça va revenir.*

L'avis sur les autres médicaments sur le marché est également souvent tranché : les patients interviewés ont essayé de nombreux traitements et, de manière générale, l'opinion est négative. L'inefficacité des thérapeutiques en place est souvent exprimée. La crainte de leur dangerosité est également exprimée.

*E1 : Voilà comment dirais-je d'un point de vue strictement médicamenteux, euh donc ça a été quoi, ça a été Aotal et truc comme ça, et benzodiazépine j'suis plus sûr, et puis l'autre truc qui vous rend malade quand vous buvez. Que j'ai jamais ouvert.*

*E8 : J'ai fait Aotal, j'ai fait Revia, j'ai fait le Selincro, ensuite je suis passé au Baclofène. J'ai même testé le... l'Espéral.*

### 2-3/ Le baclofène : une réputation flatteuse.

Certains patients étaient particulièrement renseignés sur le baclofène. Ils se sont informés sur différents médias et surtout sur internet, auprès des forums de patients et d'associations. Il existe une véritable "communauté Baclofène" et sa réputation a pu se répandre rapidement auprès des malades. Les témoignages lus sur internet étaient souvent source de réassurance, de motivation et d'espoir.

*E1 : On communiquait beaucoup sur le site d'AUBES, où j'ai trouvé pas mal de réconfort,*

*E4 : sur les forums internet, j'ai eu connaissance du baclofène, qui était présenté comme un produit très performant et novateur*

Le livre d'Olivier Ameisen, *Le dernier Verre*, a également contribué à faire connaître et à vulgariser ce médicament au plus grand nombre de patients :

*E1 : J'y suis revenu dans un second temps, à la découverte, à la sortie en fait du livre d'Olivier Ameisen ;*

*E8 : j'ai lu le bouquin du dr Ameisen, j'ai lu son bouquin qui lui apparemment prenait des doses assez fortes après ça...*

Des patients décrivent alors une démarche active dans l'objectif d'obtenir et d'essayer ce médicament.

*E1 : voilà, en allant les voir, en ayant en tête, j'voudrais tester le baclofène.*

*E3 : en fait je souhaitais essayer ce médicament puisque je m'étais dit bon après avoir essayé les cures, pourquoi pas le baclofène,*

*E4 : j'ai commencé à regarder sur internet si je pouvais m'en procurer par internet.*

Les témoignages décrivent de nombreuses barrières à l'obtention de ce traitement. Ils évoquent une communauté médicale partagée sur ce sujet, avec souvent des avis contraires et défavorables des médecins, avec une réticence et une crainte de ce médicament. C'est un médicament qui fait débat au sein de la communauté médicale.

*E3 : Seul Dr L\*\*\*\*\* ou quelques uns étaient habilités à le faire, d'autres étaient contre*

*E4 : j'ai commencé à en parler à mon généraliste qui voulait pas du tout m'en prescrire parce qu'il pensait que ça faisait comme le Médiateur*

*E6 : Elle m'a dit faut aller voir un addictologue, moi généraliste, je peux pas vous le prescrire.*

Le cadre légal de la RTU, de l'AMM sont également évoqués.

*E3 : à l'époque, puisque ça fera 3 ans en octobre 2015 que je suis sous baclofène, il était pas validé, la RTU n'était pas validée, j crois qu'elle a été validée il y a plus d'un an à peu près, ou un peu moins*

*E4 : je savais pas comment m'en procurer en fait parce que à l'époque il n'y avait aucune autorisation de mise sur le marché pas en tout cas ce lien avec l'alcoolisme, c'était pour des problèmes musculaires*

L'effet anti-craving du baclofène est abordé par les patients et l'espoir de supprimer ce facteur de rechute est important :

*E2 : cet élément déclencheur, le problème c'est que je le maîtrise pas encore, et j'attends du baclofène qu'il me permette de le maîtriser.... de maîtriser ce craving qui m'attaque*

*E8 : ne plus avoir cet événement déclencheur. Je sais pas si ça vous parle hein, c'est cette envie irrésistible [...] Se dire allez, peut être que cette fois ci c'est la bonne.*

#### 2-4/ Et la prise de conscience, et la volonté dans tout ça ?

Les discours divergent quant à la volonté de modifier les consommations. Certains considèrent que la volonté n'y est pour rien, car c'est une maladie indépendante de toute forme de volonté. Le craving est plus fort que la volonté :

*E2 : parce que je me suis rendu compte que, ma volonté pourrait m'aider à m'en sortir, sauf que c'est une maladie et c'est pas une question de volonté. C'est profondément une maladie*

*E3 : Je crois pas que l'abstinence c'est une question de volonté. C'est tellement biologiquement ancré la maladie alcoolique, psychologiquement dans les neurones, c'est plus compliqué que ça.*

*E5 : Par contre, y'a des gens qui parlent de volonté, j'ai lu des trucs de gens qui parlent sur internet, mais moi je suis persuadé qu'effectivement ce n'est pas une question de volonté, c'est que on veut stopper, mais tous les matins, c'est ça le problème [...] C'est pas de l'ordre d'une force de vouloir, c'est inconscient, c'est ce qu'on appelle plus fort que soi.*



Pour d'autres usagers, c'est la volonté d'arrêter qui fera arrêter de boire :

*E7 : Bah c'est dans la tête je veux dire, pour décider d'arrêter*

*E10 : Ça vient de ma tête, de ma réflexion.*

Les usagers considèrent qu'il est nécessaire, et même indispensable, qu'il y ait une prise de conscience. Cette prise de conscience doit amener à être prêt à se prendre en charge. Il s'agit parfois d'un élément déclencheur où une certaine limite pour le patient a été dépassée, où une sorte de fond a été touché, et où les répercussions ont été jugées trop importantes par le patient. Enfin, une certaine temporalité du patient est à respecter. Il faut attendre l'instant où le patient sera prêt à débiter une prise en charge, et ne pas l'y forcer avant, au risque d'un échec :

*E1 : ça a été une prise de conscience suite à des incidents voire accidents [...] ça a été une espèce de, euh comment dirais-je... de voyant rouge quoi, me disant là faut vraiment faire quelque chose là tu vas dans le mur, maintenant t'as un gamin, pas envie de faire, parce que j'avais aussi un père alcoolique donc un gros souci par rapport à ça, de pas réitérer un petit peu cette boucle vicieuse.*

*E6 : Je me suis dit bon ça va faut arrêter les conneries. Faut arrêter les bêtises. Voilà ils m'ont servi d'électrochoc. Enfin quand vous voyez un fourgon de gendarmes avec 850kg de muscles, vous vous dites putain pardon, vous vous dites il faut réagir [...] quand on a une ivresse agressive auto-mutilatrice, là vous prenez conscience qu'il y a un problème.*

*E9 : J'avais déjà vu mon toubib là bas, et puis il m'avait proposé un traitement par baclofène, mais je n'étais pas prêt pour ça [...]. Alors je me suis dit si l'alcoolisme est une maladie c'est que je suis malade.*

D'autres éléments déclencheurs sont évoqués : l'espoir suscité par le baclofène et par les témoignages d'autres patients, la reprise d'une activité professionnelle, et le vécu de l'expérience en centre de cure. A chacun sa motivation, et les raisons de cette motivation :

*E5 : c'est surtout le fait de lire les témoignages qui m'a motivé à essayer ça ; parce que j'ai vu des gens qui s'en sortaient bien.*

*E8 : tu vas retrouver une activité professionnelle, tu peux pas te permettre d'arriver bourré au boulot, ça c'est hors de question.*

*E9 : j'ai pu voir d'autres personnes comment elles étaient à cause de l'alcool ça m'a aussi fait un choc [...] Et puis le fait de voir des gens en souffrance, là quand je suis allé à la cure*

### 3/ Le traitement par Baclofène.

Les patients rencontrés se sont longuement exprimés sur le traitement par baclofène en lui-même. Ils ont évoqué la relation privilégiée avec le médecin prescripteur, qui joue un rôle majeur dans la prise en charge. L'effet espéré et obtenu sur la réduction ou la disparition du craving est également exprimé. Il existe de nombreuses spécificités à la prescription du baclofène : la notion d'efficacité dose-dépendante, la gestion du traitement au cas par cas et la personnalisation à chacun du traitement. Les effets indésirables, parfois mineurs pour certains, pour d'autres majeurs, ainsi que leur prévention sont racontés lors des entretiens. Enfin, il existe un questionnement des patients sur leur avenir, sur la suite de leur prise en charge.

#### 3-1/ Relation avec le prescripteur.

Un lien privilégié est décrit avec le médecin. Il est décrit comme à l'écoute et disponible. Il délivre des informations précises aux patients et personnalise le traitement à chacun, en fonction de ses activités, de ses habitudes de consommation et de l'horaire de ses cravings. Une véritable alliance thérapeutique se crée :

*E3 : j crois qu'on a fait un travail, j crois que la prise de baclofène c'est un travail d'équipe avec le médecin qui nous le prescrit*

Une relation de confiance s'installe. L'écoute et la pédagogie du médecin sont appréciées, ainsi que sa capacité à ne pas juger. Il fait preuve d'empathie :

*E3 : avec qui aussi s'est créée une confiance, de jouer le jeu, c'est à dire que même s'il y avait eu ré-alcoolisation ou ceci ou cela, bah d'en parler.*

*E9 : la toubib elle avait une écoute, et ça c'est beaucoup. C'est important pour moi, pour moi [...] toute la relation, la confiance, savoir ce qu'on peut mettre en place ou pas, l'écoute...*

*E10 : Par le médecin je suis bien suivi, il nous donne des conseils, il est là pour ça. C'est pas parce qu'on a bu ou qu'on n'a pas bu qu'il va nous engueuler.*

La fréquence importante des consultations initiales est décrite :

*E3 : parce qu'en suivi ambulatoire comme moi j'ai fait avec Dr L\*\*\*\*\* au début c'était 2 fois par semaine, aujourd'hui c'est 1 fois par mois,*

*E5 : le suivi relativement proche, c'est à dire surtout au début, toutes les 2 semaines, c'est important de bien bien contrôler,*

Le traitement est personnalisé : les posologies sont modifiables en fonction de l'effet obtenu et en fonction des objectifs de consommation. Les horaires de prises sont adaptés au rythme de vie des patients. Là encore, la relation avec le médecin s'en trouve renforcée.

*E4 : les prises de baclofène ont été mises en fonction de mes envies de boire le soir, donc 18h et 20h*

*E6 : 3 le matin 3 le midi 3 le soir, en me disant si ça ne marche pas on va essayer de trouver la dose qui vous va.*

Une notion d'empirisme se dégage. On essaie, on teste, cela ne marche pas pour tout le monde et de la même façon. Chaque patient est singulier.

*E2 : le problème c'est qu'en fait je crois qu'on est tous différent et que c'est au cas par cas.*

*E4 : je sais pas s'il marche avec tout le monde*

*E6 : Parce qu'on doit pas avoir la même dose selon son état d'alcoolisme, selon sa corpulence, je sais pas, sa volonté*

### 3-2/ L'effet sur la consommation d'alcool.

Les patients expriment par des exemples très concrets, la diminution ou la suppression de leur craving. On note parfois un effet antabuse.

*E1 : voilà j'pouvais passer dans la supérette, passer par le rayon alcool prendre les chips et les cacahuètes en face sans que ça me demande même, sans en avoir rien à faire,*

*E6 : des fois je me fais un rhum, si j'ai envie de me faire un 2eme, je me le fais, mais je l'apprécie pas. Voyez ce que je veux dire, vraiment, des fois je le remets au frigo, ça m'arrive très souvent de me servir un verre, et puis de pas le boire de le mettre au frigo et de le boire le lendemain [...] avant je buvais de la bière, quand il fait chaud par exemple. J'aime plus la bière. Je trouve pas ça terrible.*

*E9 : Même j'étais étonné, j'étais toujours étonné que je bois pas un petit coup de champagne, que je bois pas un coup de vin.*

D'autres évoquent une sobriété et une indifférence à l'alcool. Ils retrouvent la liberté de consommer ou non :

*E3 : le résultat aujourd'hui est que moi je suis abstinente et sobre surtout c'est à dire plus du tout de craving, j'ai une indifférence totale à l'alcool, et c'est formidable [...] depuis 2 ans, parce que il y a une abstinence totale, et surtout je crois que c'est ça qui est important, c'est que je ne suis plus dans la lutte, c'est plus quelque chose qui me hante.*

*E4 : ça m'a coupé toute envie de boire le soir quand je rentrais.*

*E6 : Pour moi c'est plus qu'une béquille, c'est quelque chose qui vous sort l'alcool de la tête.*

La consommation d'alcool diminuant, les patients évoquent des bienfaits physiques : perte de poids, diminution de l'asthénie, diminution de l'apnée du sommeil.

*E3 : des bienfaits physiques que ça apporte, c'est fatiguant de boire de l'alcool mine de rien*

*E4 : j'ai perdu du poids, je buvais tellement d'alcool que j'avais énormément grossi, donc je pouvais faire tous les régimes que je voulais, avec la consommation alcoolique que j'avais.*

Des bienfaits psychiques avec une revalorisation, une renarcissisation, ainsi qu'une fierté et une confiance en l'avenir retrouvées :

*E4 : Bah ça a complètement changé ma vision que j'avais de moi puisque quand on se sent alcoolique on se dévalorise [...] je me sens beaucoup mieux dans ma tête [...] je ne m'imagine pas resombrer avec le baclofène, dans la spirale de l'alcoolisme.*

*E5 : retrouver des projets sur la durée, c'est à dire pas penser uniquement à la journée, mais voir une continuité entre la soirée et le lendemain..*

D'autres relativisent l'efficacité du médicament. Elle est modérée voire absente. Une notion d'efficacité qui diminue dans le temps est également exprimée.

*E1 : j'dirais plus ça va, plus on avance dans la durée et moins j'ai l'impression en fait d'une efficacité du baclofène*

### 3-3/ Les spécificités de la prise du baclofène.

Les usagers précisent également quelques particularités du baclofène. Il existe une augmentation progressive des posologies, jusqu'à trouver une dose efficace. Chaque patient est différent et il existe donc une variabilité inter-individuelle de réponse au traitement.

*E4 : ça a été très progressif parce que au départ c'était des doses très faibles donc ça a mis un petit peu de temps avant qu'il fasse effet.*

*E6 : donc je sais plus combien j'en ai pris, les premières semaines, ça n'a pas trop marché, je buvais un peu moins que d'habitude, mais bon encore un peu trop, et puis j'ai augmenté la dose de baclofène*

Les patients gèrent par eux-même les prises du médicament : ils adaptent les prises à leur quotidien. Il y a une liberté dans la gestion du traitement, une fois que la dose quotidienne a été trouvée.

*E4 : si j'ai pas fini des rendez vous et que je dois prendre la voiture, je diffère parce qu'il peut y avoir des effets de somnolence*

*E5 : quand j'avais un déplacement à faire en véhicule, je repoussais la prise de médicament à après le voyage.*

*E6 : C'est au patient de gérer sa consommation de baclofène.*

Certains font part au contraire d'une certaine rigidité de la prise du médicament. Le baclofène exige une rigueur du patient sur les horaires et les dosages, qui témoigne de la capacité de ritualisation du malade.

*E2 : être très scrupuleux sur la posologie*

*E3 : respecter la posologie du départ. [...] je crois qu'il y a eu un suivi très pointu. Sur l'augmentation petit à petit [...] être très très rigoureux sur les prises d'horaire de ce médicament là, à savoir à telle heure combien de comprimé*

*E7 : Bah j'en prenais comme ils me disaient. C'était deux par jour, j'en prenais deux par jour. Ou alors si c'était 2 le midi 2 le soir, voilà je suivais ce qu'elle me disait.*

La galénique et le faible dosage par comprimé semblent également avoir été un inconvénient que des patients remarquent :

*E1 : C'est vrai que pendant un moment j'en avais marre de bouffer 31 cachetons par jour, d'avoir 8 sonneries sur la journée.*

*E4: Ils sont tout petits, au début ça faisait beaucoup de médicaments, j'aurai préféré qu'il y ait une concentration plus grande*

Les avis divergent sur la possibilité d'un effet placebo. Certains, de par l'efficacité ou les effets indésirables que leur procure le médicament, pensent qu'il ne s'agit pas d'un placebo.

*E4 : Parce qu'on a parlé d'effet placebo etc, non, le fait de m'écrouler ça m'est jamais arrivé avant, je me rends bien compte que je prend une molécule.*

*E6 : J'ai trouvé que ce médicament était efficace sur moi, je pense pas que ce soit placebo. Je pense pas, je pense pas.*

La notion de croyance, d'auto-suggestion que cela va marcher est exprimée, et peut aller en faveur d'un effet placebo :

*E3 : à savoir, j crois qu'il faut y croire d'abord [...] Si on y croit pas je crois que ça ne peut pas marcher, comme beaucoup de choses.*

### 3-4/ Un médicament nécessaire mais pas suffisant.

La prise du seul médicament ne suffit pas. Elle doit être accompagnée d'une prise en charge plus globale, psychosociale. Concernant la volonté, les avis sont partagés et parfois opposés. Pour certains la volonté est indispensable et indissociable de la prise du médicament. Sans elle, le traitement ne peut pas fonctionner.

*E8 : mais le pendant ce sera toujours la volonté. Si j'ai décidé de ne pas arrêter de boire, ce n'est pas parce que je prends du baclofène que je vais arrêter. C'est surtout ça. Je veux dire c'est pas comme un anticoagulant.*

*E9 : parce que je peux vous dire quelqu'un qui veut picoler vous pouvez lui donner n'importe quel traitement, bah ça marchera pas.*

Pour d'autres, en revanche, elle est accessoire :

*E6 : ce que j'ai apprécié c'est l'absence d'effort de volonté insurmontable à faire [...] Y'a pratiquement pas besoin de volonté. C'est une aide à la volonté. Aide phénoménale à la volonté qui devient accessoire, enfin dans mon cas.*

Des récits évoquent, pour contre-balancer les effets parfois décevants du traitement, l'importance de la volonté et de la motivation au changement. L'aspect psychologique de la prise en charge est sous-entendu :

*E7 : jusqu'au jour où j'ai décidé d'arrêter parce que ça faisait rien, pour moi j'veux dire [...] et puis bon c'est surtout dans la tête j'pense [...] A mon avis les cachets comme ça, c'est plutôt la dedans (montre son crane), ça fait plus raisonner je sais pas*

*E8 : je dirais pas que tous les médicaments sont des placebo, mais il y a une forte partie du traitement qui passe par la motivation du patient.*

*E9 : Moi je vais vous dire honnêtement du baclofène, et je prenais des coups derrière, pff ça me faisait quedal. [...] Je prenais le baclofène, mais des fois je l'oubliais de le prendre, et bon ça me.. mais c'était plutôt mental.*

*E10 : Le baclofène nous sert à quoi ? Si on va boire tous les jours, ça nous sert à quoi ? Ça ne sert à rien. On le prend, c'est l'histoire de dire, qu'on le prend. Mais ça sert à rien en fin de compte. C'est dans la tête que ça se passe : chacun ces convictions, chacun ces motivations [...] mais c'est logique c'est dans la tête que ça se passe.*

### 3-5/ Les effets indésirables et la tolérance.

Les effets secondaires sont variables selon les récits. Certains ont des répercussions mineures sur la vie quotidienne du malade, d'autres sont particulièrement intenses et dans ces cas, ils ont été la cause de diminution ou d'arrêt du traitement.

Des problèmes iatrogéniques sont évoqués :

*E5 : incompatibilité avec un médicament qui était un anti déresseur ou un régulateur d'humeur, je suis devenu dépressif d'un coup.*

Des retentissements somatiques :

*E7 : bah je me sentais ballonné à force, à force de prendre des cachets et tout, j'me suis dit allez j'en ai marre, j'arrête quoi. Voila [...] pas d'appétit*

*E8 : où le médicament en lui même affaiblit beaucoup, on a des difficultés parfois à se mouvoir, [...] on arrive à rater une marche ou on perd l'équilibre [...] manque d'appétit parfois. Baisse de la libido.*

Des conséquences psychiques :

*E1 : je vous cache pas que sur l'efficiencie intellectuelle, la rapidité intellectuelle, tout ça ça joue pas en faveur, j'me trouvais un peu amputé de... de pas répondre au tac-au-tac... avec la mémoire aussi.*

*E10 : Et prendre les médicaments ça vous fait perdre la tête. Des fois, vous allez avoir des trucs de suicide, des trucs de, vous voulez plus rester sur la Terre vous en avez rien à foutre*

Pour certains les conséquences sur la vie quotidienne sont minimales :

*E3 : hormis les effets indésirables que ça peut apporter au début, moi j'en ai pas eu tant que ça, de la somnolence quelques vertiges*

*E4 : le soir c'est pas très grave, j'ai tendance à vouloir aller dormir et puis c'est tout.*

Pour d'autres les effets indésirables sont jugés insupportables et même dangereux. Il peut y avoir un effet potentialisateur de l'alcoolisation. C'est une raison d'arrêt du traitement :

*E1 : des trucs bizarres des gens qui font des malaises avec 20mg, là j'me dis c'est bizarre*

*E5 : rapidement vous pouvez être surpris par une perte de connaissance, [...] c'est que tout les effets négatifs de l'ébriété sont multipliés par la prise du baclofène [...] c'est la période critique. lorsqu'on est dans les fortes doses d'alcool, lorsqu'on commence le traitement, les comprimés ont tendance à empirer les choses*

*E8 : Je n'ai pas pu continuer à fortes doses, ça devenait trop pénible [...] à fortes doses, vous êtes dans un état vaporeux c'est pas évident du tout. Très difficile à supporter.*

L'important pour certains est de prévenir et d'anticiper les risques. Il faut prendre ses précautions en restant à domicile :

*E5 : c'est à dire au moment où on prend les comprimés faut être chez soi,*

*E6 : l'alcoolisme est une situation extrêmement inconfortable donc la médication finalement les effets indésirables, c'est pas forcément un problème, sauf que, vaut mieux être chez soi, faut s'attendre à des chutes.*

Enfin, un lien entre âge et effet indésirable est exprimé :

*E2 : Moi je n'ai aucun effet secondaire, j'ai la chance d'être jeune.*

### 3-6/ Quid de l'avenir.

Un certain recul sur les changements provoqués par le baclofène est pris par les patients interviewés. Certains confirment l'éloignement et la distance prise par rapport à l'alcool. Ils évoquent une liberté retrouvée en société et le souhait de redevenir "normal". Ils l'explicitent par des exemples concrets de la vie quotidienne :

*E3 : y'en a qui ont du plaisir à boire un bon vin en mangeant un bon repas ; moi ça ne me dérange pas de manger un bon repas en buvant de l'eau*

*E9 : Et bon je prends pas d'alcool ça me dit rien, et puis je fais la fête hein, j'ai pas besoin d'alcool pour faire la fête*

La liberté est également retrouvée dans la gestion du médicament au quotidien. Certains mêmes s'autorisent des oublis :

*E3 : Et c'est vrai que ceux de 20h parfois ils passent à l'as et y'a pas de craving pour autant. [...] Je continue à suivre sa posologie mais c'est vrai qu'aujourd'hui si y'en a 3 qui passent à l'oubli donc voila*

Ils font une mise au point qui témoigne de l'éloignement pris par rapport à leur trouble alcoolique. Pour certains, c'est une histoire ancienne, close, terminée :

*E6 : Bon maintenant la consommation que j'ai je trouve qu'elle ne fait plus partie des toxiques, ma foi j'ai arrêté de prendre les médicaments.*

*E9 : L'alcool bon, ça me dit rien. Le baclofène c'est pour moi une époque de ma vie, quand j'en avais besoin [...] Bon moi je laisse la bouteille chez moi, j'achète du rhum vieux, je fais la collection, et ils sont là ça me dit rien. Même moi des fois quand je regarde je dis purée, ça aurait été avant, j'aurai déjà pris un coup !*

Cependant, on retrouve une incertitude concernant l'avenir. Un véritable flou réside sur la suite de la prise en charge. Certains se questionnent sur leur avenir avec ou sans le baclofène, et à quel dosage. Il y a un parallèle fait avec des maladies chroniques qui nécessitent un traitement au long cours et à vie. La guérison est évoquée encore sous le regard de l'interrogation.

*E3 : malheureusement je peux pas vous dire, si je serai comme ceux qui font de la tension, amenée à prendre toujours le baclofène à une dose peut être réduite ou peut être à cette dose là, j'en sais rien*

*E4 : j'ai des médicaments, j'suis guéri tant que je prends des médicaments, l'après médicaments, j'en sais rien...*

Le doute s'exprime parfois sur l'efficacité à long terme du médicament :

*E1 : je crois que y'a un moment où ça fonctionne, ça fonctionne pour certains, et là en ce moment, ya une petite remise en cause, à me demander si je vais pas stopper [...] comme si y'avait comment dirai-je, une sorte d'accoutumance, .*

Il existe une certaine méfiance quand aux possibilités de rechutes, auquel cas le baclofène sera là pour aider les patients :

*E5 : je dis pas que c'est gagné avec le baclofène mais ce qui est à peu près acquis c'est que le jour où je vois que ça reprend, je me remonte ma dose !*

*E6 : J'en ai encore plein de boîte, donc si jamais je sens qu'il me faut à nouveau mes béquilles je reprendrais mes cachets.*



Certains discours racontent une nostalgie de la vie avant le baclofène. Les causes sont diverses : un problème de polymédication, un plaisir perdu, une sociabilisation perturbée :

*E1 : Avant tout ça si vous voulez, je prenais pas du tout de médicament et là aujourd'hui j'ai une liste, alors là j'suis un bon client à un psychiatre. Avant j'étais juste un bon client de bar. Donc... et il m'arrive d'être encore un bon client de bar. Donc ça pose des questions.*

*E5 : compenser le fait que voila j'y trouvais du plaisir dans le bar à discuter avec les gens, même si c'est pas toujours très intéressant. Ça m'a manqué, cet aspect convivial, ça m'a manqué.*

Enfin des thèmes de déception, de désillusion apparaissent, tant sur l'efficacité ressentie que sur l'information délivrée au patient. Il y a l'idée d'essayer un autre médicament, en espérant un meilleur effet :

*E7 : J'aurai cru que c'était mieux, mais j'trouve pas que c'est efficace, j'trouve vraiment pas que c'est efficace. J'en ai du baclofene, j'en ai à gogo là ici [...] Et puis après je lui ai dit si vous avez quelque chose de mieux, moi j'arrête net. Mais comme elle m'a rien donné de mieux, j'ai dit laisse tomber c'est pas la peine, voila... [...] Ben j'pouvais boire et tout c'est pas ce qu'on m'avait dit moi,*

*E10 : En fin de compte le baclofène, personnellement, ne m'avance, pendant un an, ne m'avance à rien [...] Je continue à le prendre avec espoir que si ça va pas, il va me donner un autre médicament, et puis on verra.*

#### 4/ Une prise en charge globale.

La maladie alcoolique nécessite une prise en charge médicamenteuse et psychosociale. L'ensemble des verbatims exprime un rôle important de l'entourage du patient, et plus généralement de la société. Les témoignages insistent sur les conséquences de l'environnement sur leur consommation. L'impact est parfois positif sur le patient, en le stimulant et en l'encourageant. Parfois l'impact est négatif, car les malades alcooliques se sentent jugés, stigmatisés.

Les avis sont partagés sur l'aide psychologique proposée.

Les patients rapportent une consommation d'alcool qui est dépendante de nombreux facteurs psycho-environnementaux, en lien avec les rapports familiaux, les activités professionnelles. La comorbidité psychiatrique est également souvent associée, les patients se posant des questions sur les liens de causalité entre les troubles liés à l'alcool et les manifestations psychiatriques.

Enfin, nous verrons que les usagers ont adopté différentes techniques, pratiques et concrètes, pour faire face à l'envie de consommation et à la tentation ; ils ont également adapté leur comportement par des activités de substitution et de compensation, en plus ou à la place de la prise du baclofène.

#### 4-1/ Rôle de l'entourage du patient et regard de la société.

L'entourage, qu'il soit représenté par la famille ou par les amis, se manifeste de manière ambivalente. Le regard qu'il peut porter sur le malade, qu'il soit positif ou négatif, a souvent un impact sur le patient. Il peut être soutenant, en écoutant et en faisant preuve d'empathie auprès du patient. C'est également une source de satisfaction pour le patient.

*E1 : ce produit il ne règle pas tout, faut l'entourage, c'est bien ce qui me fait un petit peu défaut*

*E10 : Moi je tiens parce que j'ai le soutien familial, j'ai le soutien de ma femme*

Parfois l'entourage est source de stress, de culpabilité, d'isolement et de dévalorisation du malade :

*E9 : être entouré aussi, pas être entouré des mauvaises personnes, parce que bon vous prenez du baclofène, vous êtes entourés avec des mecs qui picolent, je vous dit ça servira à rien du tout.*

*E10 : Parce que se confier à la famille, ils ont tout le temps tendance à vous juger, et alors ils sont encore pires que vous.*

Les ressentis sont également partagés concernant les associations d'entraide. Elles peuvent être utiles, mais pas à tous les usagers. Il faut cependant être capable de s'exprimer devant d'autres personnes, et la timidité peut être un frein.

*E3 : ce qu'on nous apprend sur la maladie alcoolique, les groupes de paroles, les AA, les anciens buveurs, je crois pas que ce soit ça qui puisse éliminer le craving.*

*E9 : Mais ici c'est vrai que ça a apporté beaucoup c'est un repère, à savoir on venait, c'était pas caché, je m'en foutais que les gens voient ou pas [...] mais là c'est bien ça doit marcher pour certaines personnes, qui ont besoin de parler, des fois de parler pour ne rien dire, ils ont besoin de ça je pense.*

#### 4-2/ Rôle de la prise en charge psychologique.

L'aide psychologique est indispensable pour certains, et est même le pivot de la prise en charge, bien plus utile que le médicament.

*E9 : j'avais vraiment besoin de parler, de raconter mes soucis, mes problèmes [...] Mais bon il faut beaucoup parler, discuter, écouter [...] parce que on peut prendre le baclofène mais ne pas être bien dans sa tête, je pense pas que ça serve à quoique ce soit [...] ça m'a appris aussi à écouter, à comprendre, à chercher des solutions. Parce que des fois, je cherchais la solution dans un verre quoi.*

*E10 : Je suis suivi par la psychologue, qui m'aide énormément*

D'autres n'ont pas apprécié l'aide potentielle du psychologue, parfois pour un problème relationnel :

*E2 : j'suis allé voir un psychologue, le mec a rien compris à ce que je lui ai dit il était complètement à l'ouest*

*E5 : même le psy ça ne fonctionnait pas.*

#### 4-3/ Un usage dépendant de facteurs psycho-environnementaux.

Les patients décrivent de nombreux paramètres modifiant leurs comportements de consommation. Leur consommation d'alcool varie au gré de leur stabilité professionnelle, de leur environnement sentimental. Un lien est souvent tissé entre des troubles psychiatriques (bipolarité, troubles anxieux généralisés) et addiction à l'alcool.

L'activité professionnelle diminue la consommation d'alcool :

*E2 : Par contre quand je suis au taf je suis au taf, quand je travaille, je travaille, l'alcool il n'y en a pas !*

*E10 : Au travail, je ne me soucie pas d'alcool.*

L'isolement sentimental et social est un facteur de rechute :

*E1 : C'est 6 mois de boulot, 4 mois de chômage, c'est toujours des trucs un petit peu comme ça. Ça, plus les semaines sans mon fils, j'suis pas du tout sur un univers lisse quoi, ça plus la solitude, plus une amie mais que j'vois pas comme je voudrais, qui habite Morlaix, ça génère aussi des frustrations c'est délicat, j'crois que c'est tout ce bordel aussi qui joue un petit peu contre le baclofène.*

Enfin, les troubles psychiatriques : les manifestations dépressives, d'anxiété généralisée, ou de bipolarité, sont des facteurs favorisant la consommation d'alcool et l'addiction en général. Certains se posent la question d'un lien de causalité : est ce que ma pathologie psychiatrique me rend alcoolodépendant ou inversement ?

*E1 : Donc bipolaire, les grandes manifestations de la bipolarité ça va être l'addiction, qui de l'oeuf ou de la poule, donc aujourd'hui je me traite pour les deux. [...] alors que j'pensais juste avoir un problème avec l'alcool, j'suis alcoolodépendant, bipolaire, accro aux somnifères, accro à ce produit ci, accro à plein d'autres trucs, il me faut un thymorégulateur, pff il me faut,... bah ça fait peur.*

*E3 : Mais chez moi il y avait la problématique d'alcool, et la problématique de dépression. Donc les deux dans la maladie alcoolique quelque part sont liés.*

*E6 : J'ai toujours rebondi, et là je rebondis plus, assis au fond de l'impasse au pied du mur j'attends qu'il s'écroule [...] C'est du suicide non déclaré, voyez ce que je veux dire. Si je meurs d'alcool ou si je meurs du tabac ce sera pas considéré comme du suicide. J'ai pas l'intention d'acheter une moto et de me planter dans un virage.*

#### 4-4/ Un comportement à changer.

Les patients témoignent de l'importance de changer son comportement. Il faut apprendre à le changer, et réussir à le changer sur le long terme. Cela nécessite une exigence, et une capacité de remise en question de la part du malade, une sorte de rétrospection et d'introspection. La prise du médicament est parfois l'événement déclencheur du changement d'attitude :

*E1 : effectivement ça m'offre des possibilités illimitées nouvelles, c'est absolument génial [...] ce changement de vie il peut être perturbateur, faut être prêt, prêt à faire de grosses concessions,*

*E7 : Tout en sachant que je prend un traitement, il faut quand même être sérieux, il faut pas picoler et se mettre à picoler à tout bout de champ comme avant.*

Les patients évoquent la nécessité de faire un tri dans leur fréquentation. Ils analysent les situations dans lesquelles le risque de boire est important.

*E1 : j'ai fait beaucoup de ménage dans mes contacts et dans mes sorties et dans mes lieux de sortie*

*E5 : c'est en arrêtant complètement d'aller dans les bars, en changeant ça par des séances de sport le soir. Petite séance de sport, mais qui était placée au moment où j'allais au bar avant*

*E8 : Avant c'était, en jouant au tarot à plusieurs, vas-y on s'prend un coup, en jouant. C'est terminé ça.*

Plusieurs techniques pratiques sont mises en place pour faire face : la consommation d'alcool est substituée par une autre consommation, voire par une autre addiction (tabac) :

*E3 : Je crois aussi que c'est important de savoir et de se fixer une boisson pour ne pas être hésitant quand on vous pose la question, que ce soit direct voilà je prend un perrier, à table je prend de l'eau.*

*E4 : par contre j'aurai tendance à boire du coca light. Avant je buvais pas un litre de boisson comme ça, et maintenant ça a plus ou moins remplacé, le rite est passé de l'alcool au coca*

*E6 : J'ai augmenté ma consommation de café, peut-être, je bois 2 cafetières 1,2 litres par jour*

*E10 : Par contre je fume, je bois moins, mais je fume beaucoup plus.*

Il existe l'auto-évaluation du patient :

*E6 : j'avais un petit carnet sur lequel je notais, et j'ai trouvé une dose qui m'allait bien.*

Ils parlent de comportements de compensation par des activités de substitution, telles que l'activité sportive, l'informatique, le bricolage. La compensation financière est également évoquée :

*E1 : bah un truc très bête c'est que quand vous êtes collé devant l'ordi, bah vous êtes pas dans les bistros*

*E5 : je ne dépensais pas d'argent, donc en fait je prenais une dizaine d'euros que je mettais dans une boîte. Ça c'est un truc qui marche pas mal aussi parce qu'au bout d'un moment on a des liasses de billets dans une boîte [...] Donc au lieu d'aller au bar voir mes amis discuter et boire des canons, je me suis retrouvé un peu seul où je faisais de la course à pied ou de la sophro ou de la piscine ou de la musculation.*

*E7 : J'fais des trucs, je bricole, j'fais plein de trucs [...] Ensuite j'évitais de pas dépenser de sous pour rien, surtout la dedans.*

## DISCUSSION

### ATOUPS ET LIMITES DE L'ETUDE

#### 1/ Sujet et type d'étude.

Le baclofène en tant que traitement de la maladie alcoolique est encore un sujet peu étudié dans les thèses de médecine générale. Il existe des études concernant la pratique des médecins généralistes mais, à notre connaissance, aucune réalisée à la faculté de Rennes concernant le vécu des patients. L'intérêt supplémentaire de ce travail réside dans le fait qu'il donne la parole aux malades, peu exploitée dans les études médicales.

L'étude qualitative permet de développer des thèmes dont on n'a peu de connaissances. De plus, elle aide à la compréhension de comportements sociaux, culturels, et relationnels dans leur contexte, et est appropriée à l'analyse d'éléments subjectifs. Ce type d'étude est donc particulièrement adapté à la question posée dans cette thèse : l'exploration du vécu et de l'expérience du patient dans son contexte socio-culturel et dans son environnement.

#### 2/ Échantillonnage.

Pour un travail qualitatif, l'échantillon ne cherche pas à représenter statistiquement une population, mais à identifier l'ensemble des situations possibles. En effet, l'intérêt réside dans la compréhension des phénomènes et non sur la détermination de la prévalence de ceux-ci. Il est alors cherché une population qui se compose de profils variés afin de pouvoir dresser un portrait le plus exhaustif possible du problème étudié et d'enrichir la diversité des opinions des patients. Dans notre étude, il existe une diversité des caractéristiques des personnes interrogées : socio-professionnelle (sans profession, ouvrier, cadre), culturelle (métropole, guadeloupe), âge (28 à 61 ans). Nous pouvons cependant regretter la faible représentation du sexe féminin dans l'étude (1 femme contre 9 hommes).

#### 3/ Faiblesses de l'étude.

##### *3-1/ Biais liés à l'échantillon.*

Outre la participation majoritairement masculine à l'étude, on note une taille modeste de l'échantillon, expliquée par la difficulté de recrutement des patients. Le principe de saturation des données n'a donc pas guidé l'arrêt des entretiens, même si nous notons de nombreuses informations redondantes. Pour ce type de travail, il importait plus de tendre vers une exhaustivité des données que vers leur saturation.

### 3-2/ Biais liés à l'intervieweur.

Ce travail étant une première pour le doctorant, il est possible que son manque d'expérience ait pu influencer la qualité du recueil et de l'analyse des données par un biais d'interprétation. L'analyse qualitative est une technique complexe et le niveau de catégorisation est probablement peu poussé dans le cadre d'une première expérience qualitative. Les questions du guide d'entretien étaient les plus ouvertes possibles, mais les relances et la reformulation des questions pendant l'interview ont pu être teintées de subjectivité et manquer de neutralité. Enfin, la triangulation de l'analyse n'a pas été respectée, puisque seul le doctorant a analysé et codé les verbatims. Il a essayé de rester le plus objectif et neutre dans son interprétation des résultats.

### 3-3/ Biais liés à l'interviewé.

Il existe un biais de désirabilité des réponses, qui est une tendance souvent inconsciente, à donner une réponse adaptée à ce que perçoit l'interviewé comme l'attente de l'intervieweur. D'autant plus que la plupart des patients interrogés étaient informés du statut de doctorant en médecine de l'intervieweur, ce qui a pu majorer cet effet d'orientation des réponses.

## **INTERPRETATION DES RESULTATS**

L'étude qualitative du ressenti et du vécu des patients dépendants à l'alcool traités par baclofène a permis de dégager des spécificités liées à cette maladie et à sa prise en charge. C'est le contexte autour du baclofène et le concept du baclofène lui-même qui ont pu jouer en sa faveur.

### 1/ Un contexte très particulier.

#### 1-1/ Un nouveau paradigme.

Depuis de très nombreuses années, le dogme de la prise en charge de l'alcoolisme était l'abstinence, c'est à dire l'absence totale de consommation d'alcool. Elle signait alors la réussite dans la prise en charge de cette addiction, tant pour le médecin que pour le patient. L'approche thérapeutique était alors biphasique, avec d'abord un sevrage encadré de l'alcool, puis un maintien de l'abstinence totale et définitive par un soutien médico-psycho-social.

A ce titre, la conférence de consensus de 2001 établissait que l'abstinence est "le seul critère objectif de l'interruption de dépendance".

Cependant, le vécu des patients interviewés donne une réalité différente. L'abstinence totale et définitive apparaît comme un combat quotidien pour eux, qui se retrouvent dans la lutte et bien souvent rechutent. L'abstinence n'apparaît donc plus comme un objectif thérapeutique souhaité, acceptable ou réaliste. Ces patients s'éloignent alors des structures de soins qui ne proposent pas de solution alternative. De plus, il paraît surprenant de proposer un même et unique objectif de consommation à des patients qui présentent des profils psychologiques variés et des profils de consommations multiples.

Dans ce contexte, la notion de consommation contrôlée, c'est à dire maîtrisée par le patient avec un objectif de consommation non dommageable pour sa santé, est ré-apparue progressivement dans les années 2000-2010. Elle s'inscrit dans une politique de santé publique de réduction des risques. Un parallèle peut être fait avec l'avènement des traitements substitutifs aux opiacés (TSO) dans les années 1990.

Cette notion de réduction de consommation a été, et est toujours la source de controverses au sein des communautés médicales. De nombreuses études scientifiques montrent que le maintien d'une consommation non problématique d'alcool de manière stable dans le temps est possible chez des patients alcoolodépendants (25). Ainsi, les recommandations des sociétés savantes internationales ont évolué dans ce sens, en précisant également l'importance de prendre en compte l'objectif de consommation choisi par l'utilisateur, telle qu'une abstinence, une modération. C'est d'ailleurs l'un des messages clés des recommandations de bonne pratique de la SFA de 2015 (13).

Malgré cette évolution, une étude française de 2011 montre qu'environ 50% des addictologues ne considèrent pas la consommation contrôlée comme un objectif thérapeutique envisageable (26). Le changement de mentalité est donc long à se dessiner.

### *1-2/ L'accès au traitement.*

La difficulté à se procurer du baclofène est soulevée : les patients évoquent les craintes de médecins généralistes, notamment en regard de l'affaire Médiator encore récente. Ils soulignent également une méconnaissance du traitement et un manque de formation de ces généralistes. Certains patients racontent leur difficulté pour trouver un médecin prescripteur dans leur département.

Les patients ont décrit des obstacles, des barrières, les empêchant de se traiter par baclofène. En effet, il a existé une réticence des médecins généralistes quant à sa prescription. Un travail de thèse (27) aborde la question de la prescription hors AMM du baclofène : la confusion autour des instances sanitaires et leurs avis parfois divergents ont freiné la prescription. Les règles et les conditions de prescription étaient également mal connues. La notion de risque en particulier sur le plan juridique de la prescription hors AMM se révélait être également un véritable frein.



Effectivement l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a d'abord émis un avis défavorable en juin 2011. Puis en avril 2012, l'AFSSAPS a autorisé un essai clinique contrôlé Bacloville<sup>o</sup>, devant des données observationnelles montrant des bénéfices cliniques chez certains patients. Enfin la RTU délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM, ex-AFSSAPS) en mars 2014 a couvert légalement les médecins prescripteurs et pharmaciens délivreurs.

### 1-3/ La place pour la polémique ?

Quelques témoignages évoquent les désaccords de la communauté médicale au sujet du baclofène. Les polémiques entourant le baclofène ne peuvent pas être ignorées, et par extension celles sur le nalméfène.

C'est le Nalméfène (SELINCRO) qui a bénéficié de la première AMM européenne dans l'indication réduction des consommations. Le nalméfène n'a cependant pas eu la même popularité que le baclofène auprès des communautés de patients, alors qu'il a été très vite adopté par les hautes instances françaises d'addictologie.

Pourtant, plusieurs articles de portée internationale dont une méta-analyse et une revue systématique de la littérature concernant le nalméfène dans le traitement de la dépendance à l'alcool concluent : *"Les cliniciens doivent être conscients que la valeur du nalméfène dans le traitement de l'addiction à l'alcool n'est pas établie. Au mieux, le nalméfène a une efficacité limitée dans la réduction de la consommation d'alcool"* et encore *" Cette revue remet en question les décisions de certains organismes de réglementation et de consultation qui ont approuvé le nalméfène sur la base de ces éléments de preuve " (28)(29)(30).*

Concernant l'émergence du baclofène, le Pr Granger résume la situation de la manière suivante : *« L'apparition de cette thérapeutique prometteuse [...] aurait dû faire sauter de joie alcoologues et addictologues, dont la vocation est de soigner les patients alcoolodépendants, et susciter de leur part immédiatement des études scientifiques pour confirmer les espoirs nés de la publication du Pr Olivier AMEISEN, d'autant plus que l'alcoolisme est un fléau social et une maladie grave, potentiellement mortelle. Il faut constater le contraire. Non seulement ces spécialistes n'ont mené aucune étude, mais encore les plus bruyants des anti-Baclofène se recrutent chez les addictologues. On peut en donner deux explications: la résistance au changement et les conflits d'intérêts. » (31).*

## 2/ Une véritable dynamique autour du baclofène.

### 2-1/ L'adhésion au traitement.

Adhérer et maintenir son engagement dans la prise en charge de sa maladie au quotidien semble représenter un défi pour le malade chronique. La mauvaise observance médicamenteuse est un facteur de rechute, et comme le souligne l'OMS, "optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en terme de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments" (32).

Au cours des entretiens, de nombreux facteurs qui ont un impact favorable pour l'adhésion au traitement sont retrouvés :

- Les patients présentent des savoirs pratiques, des compétences d'auto-soins. Ils sont renseignés sur la gestion des posologies, sur la compréhension du traitement. Ils ont des connaissances sur les critères de dépendance, de craving et de leur maladie en général.
- La perception d'une vulnérabilité, d'une menace pour leur santé, et les représentations d'être en bonne santé sont des thèmes évoqués par les patients.
- La croyance en l'utilité et en l'efficacité du médicament, la perception d'un bénéfice supérieur à un risque. Le baclofène est connoté de façon très positive par une grande partie des patients interviewés avant même le début du traitement.
- Les ressources externes par le soutien social des "pairs" du patient, notamment par les associations d'entraide et les forums internet.
- Les qualités de la relation thérapeutique entre patient et médecin, avec des capacités d'informations du médecin, d'écoute, de confiance, d'empathie. C'est un véritable « *travail d'équipe* » comme l'indique un témoignage.
- Le suivi régulier, indispensable à l'initiation du traitement et ce pour plusieurs mois, et la continuité des soins sont également des éléments décrits par les patients.

Ces facteurs déterminent l'adhésion au traitement. Ils peuvent être structurés en 5 dimensions : la maladie, le médicament, les facteurs démographiques et socio-économiques, le patient et/ou son entourage et enfin le système de soins. (33)

### 2-2/ Un modèle d'alliance thérapeutique.

Les usagers ont particulièrement apprécié le lien établi avec leur médecin. Cette relation a été capitale dans l'évolution de la prise en charge. La fréquence de suivi, l'intégration du médicament au mode de vie du patient, l'objectif commun de prise en charge, les qualités d'écoute et d'information adaptée, et la disponibilité du médecin ont été autant d'éléments favorisant une véritable alliance thérapeutique.

Cette alliance peut être définie comme une collaboration mutuelle, un partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir des objectifs fixés. Il est connu depuis

longtemps que l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique (34). Elle représente également l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (35). La qualité de l'alliance prédit la satisfaction générale du patient, et est fortement associée à l'adhérence et à la satisfaction du traitement (36). Une recherche du National Institute of Mental Health (NIMH) a démontré que l'alliance de travail a une influence importante sur les résultats des traitements médicaux et pharmacologiques (37).

Les modalités de prescription du baclofène s'intégraient bien à une prise en charge en soins primaires, en médecine de ville, par rapport à une prise en charge hospitalière.

De l'importance de la qualité de la relation thérapeutique naît alors la question suivante : Peut-on apprendre à créer une bonne alliance, c'est-à-dire peut-on intentionnellement jouer sur une ou plusieurs dimensions permettant d'améliorer l'alliance thérapeutique ? Les travaux de Henry en 1993 concluent que l'alliance thérapeutique non seulement ne se décide pas, mais elle ne se contrôle pas. Une attention trop forte portée sur elle, ne permet pas une forme d'adéquation naturelle et une réelle implication authentique du praticien (38).

### 2-3/ La participation placebo.

Tout traitement, indépendamment de son efficacité réelle, suscite des attentes et des croyances qui contribuent à l'effet de ce traitement. Beaucoup d'éléments concourent à majorer l'efficacité du baclofène :

Les deux études françaises ALPADIR et BACLOVILLE ont livré leurs premiers résultats en septembre 2016 :

- Pour Alpadir, 11,9% des patients du groupe baclofène et 10,5% des patients du groupe placebo ont atteint l'abstinence pendant 20 semaines, la différence n'étant pas significative. Également, la consommation moyenne d'alcool déclarée et le nombre de jours de forte consommation diminuaient dans les deux groupes, sans différence significative. Seul le critère du craving était significativement plus diminué dans le groupe baclofène contre placebo.

- Pour Bacloville, 56,8% des patients sous baclofène et 36,5% des patients sous placebo ont réduit leurs consommations jusqu'à l'abstinence ou jusqu'à une consommation jugée à faible risque. Cette différence est statistiquement significative au 12ème mois de traitement.

La participation placebo est donc importante. De nombreux éléments ont certainement majoré l'efficacité du médicament, indépendamment de son effet pharmacologique pur (39). La définition de l'effet placebo dans le dictionnaire de médecine est la suivante : *"Substance améliorant les symptômes présentés par un malade alors que son efficacité pharmacologiquement prévisible devrait être nulle ou négligeable"*.

Dans le cadre du baclofène, certains usagers ont perçu leur prescripteur comme "médecin-médicament" : un médecin convaincu du bienfait du traitement, ses explications claires, son enthousiasme, son expérience voire son activisme pour le baclofène ont influencé

positivement l'efficacité du médicament. Comme le considère Balint, "*ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importe mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade*", et encore "*le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel*" (40). Enfin, nous pouvons supposer qu'un médecin détaché, peu ou non convaincu par le baclofène, a certainement plus de retours défavorables du traitement par ses patients, du fait d'un effet nocebo.

Il a pu également exister un "contexte-médicament" : les associations de patients ont activement participé à la diffusion du traitement, à sa médiatisation et aux débats publiques. Des patients ont cité les forums de discussion sur internet, qui ont contribué à réaliser un véritable collectif, potentialisant l'effet placebo. Le fait que la communauté médicale réfléchisse à un nouveau paradigme, du passage de l'abstinence totale à une consommation maîtrisée, a également fait le jeu du baclofène.

Enfin de nombreux patients de l'étude ont lu le livre du Pr Ameisen, *Le dernier verre*, édité en 2008 (41). Il raconte sa trajectoire de malade alcoolique et son auto-traitement par baclofène. Cela a pu contribuer à majorer l'effet placebo de par le prestige et le statut social de ce médecin : professeur de cardiologie, réussite aux Etats-Unis, pianiste.

#### 2-4/ Un traitement contraignant.

Les usagers rencontrés expriment plusieurs difficultés concernant la prise du traitement. La capacité à se soumettre au médicament a été primordiale.

Il y a d'abord le nombre important de comprimés et de prises dans la journée. La posologie maximale autorisée par la RTU est de 300mg/jour. Certains patients ont déclaré avoir pris jusqu'à 280mg, ce qui fait donc 28 comprimés par jour.

Les contraintes liées aux horaires et les interférences avec la vie quotidienne ont pu constituer des entraves à l'adhésion au traitement. L'association avec d'autres médicaments, notamment hypnotiques ou thymorégulateurs, a pu apparaître comme une exigence supplémentaire.

Les effets indésirables sont fréquents et leur retentissement est variable selon les patients. Ils exigent au début du traitement une attention particulière. Leur survenue est parfois imprévisible et potentiellement dangereuse, comme un accès de somnolence ou une faiblesse généralisée par exemple. Les témoignages insistent sur la dangerosité du médicament lors de la conduite automobile. Certains patients ont pu intégrer ces événements dans leur quotidien ce qui, dans ce cas-là, a joué en faveur de l'observance du traitement. Quelques témoignages insistent sur l'effet transitoire des ces effets indésirables : il leur paraît important de maîtriser les premières semaines, car avec le temps et l'augmentation très progressive des doses de baclofène, les effets indésirables s'estompent.

### 3/ Une motivation au changement implicitement engagée et renforcée.

Chez les patients alcoolo-dépendants, un processus de changement de comportement consommatoire est une réelle difficulté. La levée du craving est une chose, et la capacité de modification des habitudes sur le long terme en est une autre.

Le principe de changement de comportement peut s'expliquer par l'influence des processus motivationnels. Le modèle trans-théorique de changement de comportement de Prochaska et Di Clemente (42) rend compte de la motivation à changer de comportement par le biais de 5 stades au travers desquels le patient évolue : précontemplation, contemplation, préparation, action, maintenance. Ces 5 phases ont une durée variable, et le cheminement ne se fait pas à sens unique, le patient pouvant retourner à une phase antérieure du cycle à tout moment. Le changement de comportement comme le fait de prendre des médicaments pour traiter une maladie chronique correspond à un processus de maturation. Avec le baclofène, le patient a souvent été acteur et demandeur : c'est lui qui est "allé chercher ce traitement", c'est lui qui a fait la démarche. Le patient demandeur se retrouve alors déjà en phase de préparation ou d'action. Cela augmente l'adhésion au traitement et son efficacité future. Les deux premières étapes, pourvoyeuses de rechutes et de non adhésion au traitement, sont alors évitées.

Les patients ont décrit différents moteurs de motivation, qu'ils soient d'ordre familiaux, physiques, psychologiques, professionnels et judiciaires. Chaque prise en charge doit être alors personnalisée par le clinicien, qui peut et qui doit s'appuyer sur les motivations propres du patient.

Des études confirment que les croyances liées à l'alcool (anticipatoire, soulageante, permissive), selon le modèle des addictions de Beck, sont plus actives chez les consommateurs que chez les non-consommateurs (43). Une étude française conclut que l'activation des croyances sur l'alcool est plus faible chez les patients motivés à changer (44).

La démarche particulièrement active du patient dans l'initiation et le suivi de sa prise en charge est à souligner, tout comme l'expertise acquise du patient, qui a su et qui a pu se documenter sur le baclofène. En médecine, rares sont les exemples d'autre situation pour laquelle le patient est acteur de son traitement : il est renseigné, parfois plus que son médecin, sur les tenants et les aboutissants du médicament. L'essor du baclofène a été le fait de quelques médecins, mais surtout de patients informés et formant une véritable "communauté baclofène" : les associations ont été particulièrement actives, et parmi les plus connues, nous pouvons citer RESAB ou AUBES. C'est l'un des premiers exemples de « médicament 2.0 ». Avec la flambée d'internet et des moyens de communication tels que les réseaux sociaux, les patients ont pu créer une véritable dynamique favorable à l'expansion du baclofène. Comme le décrit le Dr Batel, *"c'est la première fois que l'on entend des malades d'alcool réclamer un traitement. Ce lobby de patients me paraît très positif."* (45)

#### 4/ Apprendre à changer son comportement.

Les patients ont évoqué leur ressenti concernant la prise en charge médicamenteuse par baclofène, mais il en ressort l'importance majeure de la prise en charge non médicamenteuse. La gestion du craving par la baclofène est nécessaire, mais pas suffisante. La prise en charge sociale et psychologique semble jouer un rôle majeur. Certains patients ont appris à adapter leur comportement de consommation.

Des stratégies de contrôle de la consommation ont été décrites : soit par un changement de substance, généralement moins nocive (les usagers interviewés parlent de coca, perrier, café), soit par une activité (dessin, sport), soit par l'évitement (éloignement géographique des lieux de consommation). Comme décrit dans l'étude de Décamps, la dimension orale est présente dans le comportement de compensation (46). Le recours à certaines compensations peut-il être influencé par la similarité du nouveau comportement avec celui qu'il est censé remplacer ? Un autre exemple est celui de l'essor de la cigarette électronique, qui a été considéré par certains patients et médecins comme un traitement substitutif.

Les patients ont dû adapter leur comportement pour faire face (coping) aux situations à risque : le coping désigne par définition les efforts cognitifs et comportementaux mis en œuvre pour faire face à une situation stressante (47).

#### 5/ Ne pas négliger la comorbidité psychiatrique.

De nombreuses études mettent en évidence la comorbidité entre mésusage d'alcool, dépression et anxiété (48)(49) : les individus dépressifs et souffrant de troubles de l'humeur sont à haut risque d'alcoolodépendance et inversement (50). Les individus alcoolodépendants ont deux à trois fois plus de risque d'avoir des troubles dépressifs (51), et il existe une corrélation entre l'importance de la comorbidité et le niveau de consommation d'alcool (52).

Les patients souffrant de troubles psychiatriques ont souvent une consommation de toxiques, et d'alcool en particulier, plus importante que la population générale. Se pose la question alors du lien établi entre ces entités : l'un est-il la conséquence de l'autre ? L'un est-il un symptôme de l'autre ? Si je guéris mon anxiété je guérirai mon alcoolisme, supposent des témoignages, alors qu'en traitant uniquement l'alcoolisme, l'anxiété sera toujours présente et alors source de rechute. Il semble donc nécessaire de dépister les troubles psychiatriques associés et de ne pas les ignorer. Cela représente un véritable défi pour le médecin généraliste. L'hypothèse d'un alcoolisme secondaire à une pathologie psychiatrique doit être systématiquement recherchée.

Les étiologies évoquées sont variées et probablement multiples chez chacun des patients : automédication par l'alcool, susceptibilité et vulnérabilité génétiques, mécanismes neurobiologiques identiques, induction du trouble par la consommation alcoolique.

Les dimensions de personnalité qui exposent le plus régulièrement aux conduites alcooliques sont l'impulsivité, la désinhibition, l'intolérance à l'ennui. Elles sont d'autant plus déterminantes qu'elles se retrouvent chez l'homme et chez les usagers ayant un niveau de résistance élevé à l'alcool (53).

## 6/ L'hypothèse d'une rémission sans traitement.

Les témoignages mettent en évidence l'importance du support de l'environnement du patient. Pour certains, le soutien social est au moins aussi important que le médicament, si ce n'est plus. Ce type de discours est retrouvé chez les patients présentant le moins de critères de dépendance. L'aide médicamenteuse peut être, pour eux, accessoire.

Cela revient à évoquer l'hypothèse d'une rémission sans traitement. Ce domaine constitue une part infime des travaux de recherche en alcoologie. Les usagers moins dépendants, avec un trouble moindre, sont les plus à même d'utiliser une trajectoire de rémission sans traitement. Ces usagers tendent d'ailleurs généralement à une maîtrise de la consommation d'alcool, plutôt qu'une abstinence (54).

Les usagers interviewés évoquent des facteurs déclencheurs, qui sont le point de départ d'une rémission. Ils peuvent être regroupés en trois grands processus :

- la santé et les conséquences de la consommation liées à la santé.
- l'évaluation cognitive dans le sens évaluation des avantages et inconvénients de la consommation, sans abandonner les croyances et les affects mais les incluant dans une balance qui va pencher d'un côté ou de l'autre.
- les conséquences négatives et les dangers reliés à un usage important d'alcool, ou de la pression et des conflits de couple : c'est le nombre élevé d'événements négatifs qui serait responsable du déclenchement de la rémission.

Le traitement ne constitue pas la panacée et les acteurs de santé reconnaissent l'importance de la motivation et de la volonté dans la démarche de soin. La rémission sans traitement n'a alors, finalement, rien d'exceptionnel.

## 7/ Des différences de vécu entre Métropole et Antilles ?

Les discours "antillais" évoquent un peu plus le souhait d'un retour à une consommation normale, avec comme exemple-type celui de son caractère festif : la capacité à ne pas dérapier lors d'un événement festif, à s'en tenir à une consommation dite normale, semble être un trait particulier à la motivation guadeloupéenne. La boisson régulièrement évoquée est celle du champagne, très souvent liée à la fête (55). Nous pouvons d'ailleurs noter que la Guadeloupe est le premier département français consommateur de champagne.

Enfin, le caractère mystico-religieux est retrouvé dans les motivations au changement : un patient évoque le décès de sa mère, et c'est l'esprit de sa mère qui le soutient, et non pas le baclofène. Cela avec efficacité puisque le patient déclare réduire ses consommations. Les croyances magico-religieuses sont également une particularité des Antilles. Les vertus des médicaments sont parfois relayées au second plan derrière les capacités du prêtre ou du chaman à guérir un symptôme ou une maladie. La thèse de psychiatrie d'Olfa Mandhouj sur la place de la spiritualité dans la prise en charge des maladies mentales et des addictions conclut : "*La spiritualité est une ressource importante pour faire face aux difficultés de la vie, pour donner de l'espoir et de l'optimisme et pour donner un sens à la vie. Le manque du sens à la vie était le principal facteur de récurrence suicidaire, de récidive carcérale et de consommation d'alcool et de drogues*" (56). C'est un rappel important pour le médecin. Il doit pouvoir solliciter et motiver toutes les ressources du malade. Il doit prendre en charge chaque patient de manière holistique, c'est à dire dans toutes ses dimensions : physique, psychique, socio-culturelle et spirituelle.



## PERSPECTIVES

A partir de ce travail, nous pouvons dresser quelques pistes pour améliorer la prise en charge des patients souffrant d'addiction à l'alcool :

- Comme nous l'avons vu, il semblerait qu'une alliance thérapeutique ne se contrôle pas et ne se décide pas. Cependant, le médecin peut apprendre à maîtriser des éléments qui favorisent une bonne relation thérapeutique, tels que l'écoute, l'empathie, la disponibilité. Une formation médicale continue et une remise en cause des pratiques sont nécessaires. De plus, des qualités de psychothérapie, par les techniques d'entretien motivationnel ou de thérapie cognitivo-comportementale, sont à travailler par le clinicien pour encadrer et compléter la prescription médicamenteuse.
- La recherche et les études doivent tendre vers le développement de connaissances autour de profils dit répondeurs, en fonction de leurs caractéristiques socio-psychologiques (capacité de coping, trait de personnalité, symptomatologie anxio-dépressive).
- Ne pas ignorer la comorbidité psychiatrique est un point capital. Pour le médecin généraliste, il est important de maîtriser les outils de dépistage (échelle HAMILTON pour la dépression par exemple), et ne pas méconnaître les antécédents personnels et familiaux orientant vers une pathologie psychiatrique. Auquel cas, savoir orienter vers un confrère spécialiste.
- Pour poursuivre le développement de la politique de réduction des risques et des dommages, il est nécessaire d'organiser des débats sociétaux, de mettre en valeur les expériences des usagers, et de développer des programmes d'action et de prévention.

## CONCLUSION

L'addiction à l'alcool est un fléau sanitaire et social mondial. Jusqu'à présent, la prise en charge médicale n'offrait que peu de résultats satisfaisants, rendant les patients coupables de leur état et les médecins démunis.

Le baclofène a représenté l'espoir de guérison chez les malades, et les études disponibles à ce jour tendent à prouver qu'il est efficace sur la réduction du craving et des consommations sur le long terme. Le vécu des patients témoigne de l'indispensable nécessité d'une prise en charge globale, en prenant en compte ses caractéristiques psycho-socio-culturelles.

L'histoire de ce médicament amène à réfléchir sur nos pratiques. Les progrès scientifiques et les évolutions sociétales ont bouleversé le concept jusqu'à présent établi d'abstinence totale comme seul objectif de traitement. L'émergence du baclofène, par ses propriétés addictolytiques, témoigne d'une nouvelle vision, plus pragmatique et humaniste, de la maladie alcoolique.

Désormais, c'est à chacun des acteurs de la Santé en France de s'inscrire dans une véritable politique de réduction des risques et des dommages liées aux pratiques addictives.

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3<sup>ème</sup> cycle  
2 avenue Professeur Léon Bernard  
35043 RENNES Cedex

## FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : SITAUD Étienne


### TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

<p>Titre :</p> <p>Baclofène et addiction à l'alcool : vécu et ressenti des patients.</p> <p>Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 10 patients à Rennes et en Guadeloupe</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Rennes, le 21.02.17</p> <p><i>D. LAGARDE Gaël</i></p> <p>Le Directeur de thèse</p>	<p>Rennes, le 6/03/2017</p> <p>Professeur Dominique DRAPIER</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>BP 60321 - 35703 RENNES Cedex</p> <p>Le Président de jury</p>
---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vu et permis d'imprimer

<p>Rennes, le</p> <p><b>13 MARS 2017</b></p> <p></p>	<p>Le Président de l'Université de Rennes1</p> <p><i>D. Alis</i></p> <p>D. ALIS</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Limosin F. Mésusages d'alcool : les signaux d'alarme de l'épidémiologie. *L'Encéphale*. avr 2014;40(2):129-35.
2. OMS | Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool [Internet]. WHO. [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.who.int/publications/list/alcohol\\_strategy\\_2010/fr/](http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/fr/)
3. Canarelli T, Cadet-Tairou A, Palle C. Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France. *BEH* 2006 34-35 252 [Internet]. 2006 [cité 2 déc 2014];5. Disponible sur: [http://medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20060912/812043\\_beh\\_34\\_35\\_2006.pdf](http://medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20060912/812043_beh_34_35_2006.pdf)
4. Inpes - Catalogue - Atlas des usages de substances psychoactives 2010 : Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. [Internet]. [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1479>
5. Arvers P, Assailly J-P, Batel P, Choquet M, Danel T, Daoust M, et al. Alcool: dommages sociaux, abus et dépendance. 2003 [cité 20 sept 2016]; Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1333>
6. Harwood HJ, Reuter P, Kleiman MA, Kopp P, Cohen MA. Cost estimates for alcohol and drug abuse. *Addiction*. 1999;94(5):631.
7. Aubin H-J, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie: De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcoologie Addictologie*. 2013;35(4):309-15.
8. Belgherbi S, Mutatayi C, Palle C. Les repères de consommation d'alcool: les standards mis en question. [cité 20 sept 2016]; Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsbv9.pdf>
9. Haute Autorité de Santé - Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte : outil pour aider au repérage précoce [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2011726/fr/alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte-outil-pour-aider-au-reperage-precoce](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011726/fr/alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte-outil-pour-aider-au-reperage-precoce)
10. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *Bmj*. 2002;325(7369):870.
11. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*. 1 mars 2002;97(3):265-77.
12. Britain) NCC for MH (Great, Health NI for, Britain) CE (Great. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [Internet]. RCPsych Publications; 2011 [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=rgkZzI4nNNUC&oi=fnd&pg=PA7&dq=National+Institute+for+Health+>

and+Clinical+Excellence.++Alcohol-  
use+Disorders&ots=hKff1OjQNX&sig=UEK\_FjZF5J9BhQraZVhe\_ibsTlw

13. Aubin PH-J, Gillet C, Rigaud A. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie Addictologie*. 2015;37(1):5–84.
14. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ, D W expert reviewers (in alphabetical order): B, N B, et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol (Oxf)*. 1 juill 2012;26(7):899-952.
15. Journiac K, Pascuttini F, Touzeau D. La saga du baclofène et le changement de paradigme de la prise en charge de l'addiction à l'alcool. *Presse Médicale*. déc 2016;45(12, Part 1):1117-23.
16. Les Recommandations Temporaires d'Utilisation : Principes généraux - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Activites/Recommandations-Temporaires-d-Utilisation-RTU/Les-Recommandations-Temporaires-d-Utilisation-Principes-generaux/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Recommandations-Temporaires-d-Utilisation-RTU/Les-Recommandations-Temporaires-d-Utilisation-Principes-generaux/(offset)/0)
17. La RTU du baclofène dans l'alcoolodépendance renouvelée pour une durée de 1 an - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/La-RTU-du-baclofene-dans-l-alcoolod-dependance-renouvelee-pour-une-duree-de-1-an-Point-d-information>
18. Reynaud PM. BACLOFEN SAGA: From myths to evidence. [cité 20 sept 2016]; Disponible sur: [https://www.ecnp.eu/presentationpdfs/7/S\\_23\\_04.pdf](https://www.ecnp.eu/presentationpdfs/7/S_23_04.pdf)
19. Nguyen A, Nougier-Rateau I, Pillon F, Buxeraud J. Utilisation du baclofène dans l'alcoolodépendance. *Actual Pharm*. janv 2016;55(552):37-41.
20. Vu N. Le baclofène dans le maintien de l'abstinence en alcool: Quel est le ressenti des patients? Quelle est leur opinion? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
21. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142–5.
22. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale* [Internet]. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr>
23. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147–181.
24. LEMERCIER X, AUBIN-AUGER I. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. Définitions et principes. *DreamG*.... 2014;21.

25. Rolland B, Laprevote V, Geoffroy PA, Guardia D, Schwan R, Cottencin O. Abstinence dans l'alcoolodépendance : approche critique et actualisée des recommandations nationales de 2001. *Presse Médicale*. janv 2013;42(1):19-25.
26. Rolland B, Paille F, Fleury B, Cottencin O, Benyamina A, Aubin H-J. Off-Label Baclofen Prescribing Practices among French Alcohol Specialists: Results of a National Online Survey. García AV, éditeur. *PLoS ONE*. 2 juin 2014;9(6):e98062.
27. Gaborieau T. Alcool, baclofène et prescription hors AMM: une étude qualitative du choix de prescription des médecins généralistes. 2013 [cité 24 janv 2015]; Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01078540/>
28. Naudet F, Fitzgerald N, Brailion A. Nalmefene for alcohol dependence: a NICE decision? *Lancet Psychiatry*. 1 déc 2016;3(12):1104-5.
29. Palpacuer C, Laviolle B, Boussageon R, Reymann JM, Bellissant E, Naudet F. Risks and Benefits of Nalmefene in the Treatment of Adult Alcohol Dependence: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Published and Unpublished Double-Blind Randomized Controlled Trials. *PLoS Med*. déc 2015;12(12):e1001924.
30. Prescrire Rédaction. Nalméfène (Selincro®). Alcoolodépendance : pas de progrès avec le nalméfène. *Prescrire Rev*. janv 2014;(Tome 34, n°363):6-9.
31. La saga du baclofène (3) : le vent tourne [Internet]. Books. 2012 [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.books.fr/la-saga-du-baclofene-3-le-vent-tourne/>
32. Sabaté E, Organization WH. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. World Health Organization; 2003. 230 p.
33. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr*. janv 2012;70(1):15-25.
34. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. [Internet]. American Psychological Association; 2000 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/68/3/438/>
35. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(6):602–611.
36. Fuertes JN, Boylan LS, Fontanella JA. Behavioral indices in medical care outcome: the working alliance, adherence, and related factors. *J Gen Intern Med*. 2009;24(1):80–85.
37. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy*. 16 févr 2011;49(4):317-26.
38. Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder JL. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(3):434.

39. Balez R, Couturaud F, Touffet L. « Effet placebo », des convictions personnelles aux représentations collectives : relecture psychosociale d'un phénomène pharmacodynamique. *Ann Pharm Fr.* nov 2015;73(6):411-21.
40. Balint J, Shelton W. Regaining the initiative: forging a new model of the patient-physician relationship. *Jama.* 1996;275(11):887-891.
41. Ameisen O. *Le dernier verre.* Denoël; 2008. 288 p.
42. Csillik AS, Petot J-M. L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'Évolution Psychiatr.* juill 2012;77(3):331-41.
43. Hautekeete M, Cousin I, Graziani P. Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolodépendance: Un test du modèle de beck: schémas anticipatoire, soulageant et permissif. *J Thérapie Comport Cogn.* 1999;9(4):108-112.
44. Tison P, Hautekeete M, Taquet P, Thouvenin M. Les alcoolodépendants présentent des différences dans les croyances addictives selon leur motivation au changement. *J Thérapie Comport Cogn.* mars 2009;19(1):35-40.
45. «L'extinction complète de l'envie de boire, je n'y crois pas» - Libération [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.liberation.fr/societe/2012/04/24/l-extinction-complexe-de-l-envie-de-boire-je-n-y-crois-pas\\_814104](http://www.liberation.fr/societe/2012/04/24/l-extinction-complexe-de-l-envie-de-boire-je-n-y-crois-pas_814104)
46. Décamps G, Scroccaro N, Battaglia N. Stratégies de coping, activités compensatoires et rechutes chez les alcooliques abstinents. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* sept 2009;167(7):491-6.
47. Varescon I, Wantier R, Bouvet Leprince V, Lejeune D. Étude de l'attitude négative face aux problèmes, des attentes envers l'alcool et du coping auprès d'une population alcoolodépendante. *J Thérapie Comport Cogn.* mars 2011;21(1):24-9.
48. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale: recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. 2008.
49. Lejoyeux M, Embouazza H. 7 - Troubles psychiatriques et addictions. In: *Addictologie* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2009 [cité 21 déc 2016]. p. 51-61. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294703164000072>
50. Sonne SC, Brady KT. Bipolar disorder and alcoholism. *Alcohol Res Health.* 2002;26(2):103-109.
51. Hilarski C, Wodarski JS. Comorbid substance abuse and mental illness: Diagnosis and treatment. *J Soc Work Pract Addict.* 2001;1(1):105-119.
52. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav.* 1998;23(6):893-907.

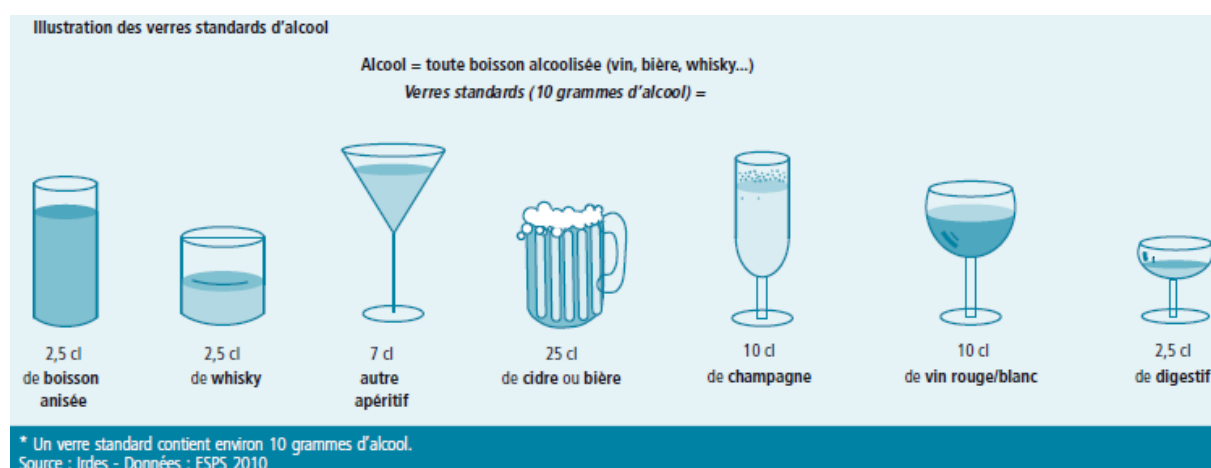
53. Lejoyeux M, Adès J, Aubin H-J, Auriacombe M, Balester-Mouret S, Batel P, et al. 9 - Alcool. In: *Addictologie* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2009 [cité 21 déc 2016]. p. 71-112. Disponible sur:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294703164000096>
54. Acier D, Nadeau L, Landry M. La rémission sans traitement : état de la question pour une consommation problématique d'alcool. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2008;166(9):727-34.
55. Rey-Hulman D. Les temps du rhum en Guadeloupe. *Terrain Anthropol Sci Hum.* 1 oct 1989;(13):87-91.
56. Mandhouj O. La place de la spiritualité dans la prise en charge des maladies mentales et des addictions [Internet]. Paris 6; 2015 [cité 16 janv 2017]. Disponible sur:  
<http://www.theses.fr/2015PA066093>



## LISTE DES ANNEXES

1. Existence d'une tolérance aux effets de l'alcool : le sujet a besoin d'une quantité plus importante pour être ivre ou obtenir l'effet désiré ou alors il ressent une diminution nette de l'effet s'il continue à consommer la même quantité d'alcool.
2. Survenue d'un syndrome de sevrage physiologique caractéristique de l'alcool quand le sujet diminue ou arrête sa consommation ou alors utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
3. Poursuite de la consommation d'alcool malgré la survenue de conséquences manifestement problématiques comme en témoigne la persistance de la consommation d'alcool alors que le sujet a été informé – ou a eu de grandes chances de l'être – de la nature et de l'étendue des dommages.
4. Obsession concernant la consommation d'alcool se manifestant par les comportements suivants : abandon ou réduction d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'alcool ; augmentation du temps passé à se procurer de l'alcool, à le consommer ou à récupérer de ses effets.
5. Difficulté à contrôler la consommation d'alcool en termes de début, de fin et de quantité, manifestée par les comportements suivants : consommation d'alcool de plus en plus fréquente en plus grande quantité ou au cours d'une période plus longue que prévue ou encore toute tentative infructueuse ou désir persistant de réduire ou de contrôler sa consommation d'alcool.
6. Désir puissant ou compulsif de consommer de l'alcool.

Annexe1 : CIM-10 : critères de l'alcool-dépendance.



Annexe 2 : Verres standards d'alcool

Figure N°A2 Questionnaire Audit-C	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque

Annexe 3 : Questionnaire Audit-c

Tableau N°A1 Réponses en fonction des niveaux de risque à adapter en fonction des évaluations et des recommandations spécifiques à chaque pays. Source : Anderson (1996).				
Niveau de risque	Critères		Intervention	Rôle du médecin généraliste
Faible	Consommation d'alcool (grammes/semaine)	< 280 g/s hommes < 140 g/sem femmes*	Prévention primaire	Éducation pour la santé, soutien de la politique de santé vis-à-vis de l'alcool, exemplarité
	Questionnaire Audit-C	< 5 hommes < 4 femmes		
	Questionnaire Audit	< 8		
Dangereux	Consommation d'alcool (grammes/semaine)	280-349 g/sem hommes 140-209 g/sem femmes*	Conseil simple	Repérage, évaluation, conseil bref
	Questionnaire Audit-C	≥ 5 hommes ≥ 4 femmes		
	Questionnaire Audit	8-15		
Problématique	Consommation d'alcool (grammes/semaine)	≥ 350 g/sem hommes ≥ 210 g/sem femmes*	Conseil simple plus intervention d'aide brève et surveillance continue	Repérage, évaluation, conseil bref, suivi
	Questionnaire Audit	16-19 Présence de dommages		
Élevé (alcoolodépendance)	Questionnaire Audit	≥ 20 Critères CIM 10	Traitement spécialisé	Repérage, évaluation, orientation vers un spécialiste, suivi

\* Toute consommation chez la femme enceinte, l'adolescent de moins de 16 ans ou chez la personne souffrant d'une pathologie ou suivant un traitement est déconseillée.

Annexe 4 : Niveaux d'intervention en fonction de la consommation

Annexe 5 :

Formulaire de présentation

Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma sollicitation.

Je réalise un travail de fin d'étude, qui a pour but de comprendre le vécu et le ressenti de personnes ayant reçu un traitement par Baclofène pour la maladie alcoolique, qu'il soit continué ou non, qu'il soit efficace ou non.

C'est dans ce cadre là que nous nous rencontrons aujourd'hui.

Pour mes travaux, j'ai besoin que l'entretien soit enregistré. Tout ce que vous me direz pendant l'entretien restera confidentiel, anonyme et sera sans conséquence pour la suite de votre prise en charge.

Si vous le souhaitez, je pourrai vous informer des résultats à la fin de mon étude.

Date et lieu de l'entretien :

Nom	
Prénom	
Age	
Catégorie socio-professionnelle	
Durée du traitement par Baclofène	
Année de 1er contact par rapport à l'alcool	

**SITAUD Etienne - Baclofène et addiction à l'alcool : Vécu et ressenti du patient. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 10 patients à Rennes et en Guadeloupe.**

67 feuilles, 5 annexes, 1 tableau, 30 cm.- Thèse : Médecine générale ; Rennes 1 ; 2017 ; N° .

**Résumé français**

**Contexte** : L'addiction à l'alcool est un enjeu majeur de santé publique en France. Le baclofène a bénéficié d'une médiatisation importante, poussée par les associations de patients. **Objectif** : Analyser le vécu des patients traités par baclofène pour la maladie alcoolique. **Méthode** : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés est réalisée entre avril 2015 et octobre 2016 auprès de patients rennais et guadeloupéens. Les données sont analysées par thèmes dans une perspective de théorisation ancrée. **Résultats** : 10 entretiens sont réalisés. Les usagers décrivent de façon unanime un parcours de souffrance et d'échecs avant l'essai du baclofène. La plupart étaient acteurs et initiateurs de leur prise en charge, et souvent informés sur les modalités du traitement. Ils évoquent l'effet anti-craving obtenu. De nombreux facteurs favorisant l'adhésion au traitement sont évoqués. Une participation placebo et une alliance thérapeutique sont des éléments associés à l'efficacité du traitement. Les usagers rappellent l'importance d'une prise en charge globale. Un soutien social et environnemental, une prise en charge des comorbidités psychiatriques et la capacité de mise en place de stratégies de contrôle complètent la thérapeutique médicamenteuse. **Conclusion** : Le baclofène s'inscrit dans une politique de réduction des risques et des dommages en santé.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Addiction, alcool, vécu du patient, baclofène, recherche qualitative

Mots-clés anglais MeSH : Addiction, alcohol, patient feeling, baclofen, qualitative research

Président : Monsieur le Professeur Dominique DRAPIER

JURY : Asseseurs : Monsieur le Docteur Gaël LAGADEC [directeur de thèse]  
Monsieur le Professeur Patrick JEGO  
Monsieur le Professeur Eric MENER  
Monsieur le Docteur Antoine DE GUIBERT

Adresses de l'auteur :  
etienne.sitaud@gmail.com

Rue Clothilde Beaugendre. 97120 Saint Claude