

LA RELATION ENTRE LE MÉDECIN ET LES ALCOOLIQUES ANONYMES

R. GUEIBE¹

Mots clefs: abstinence, alcooliques anonymes

RÉSUMÉ

Le médecin de famille est souvent confronté à une double difficulté dans la prise en charge du patient alcoolique. La première difficulté réside dans la non reconnaissance de la maladie par le patient, malgré la présence de signes évidents de ses répercussions dans son corps. La difficulté est majeure lorsque l'alcoolisme du patient se traduit par des troubles du comportement mettant en danger le patient et sa famille. Le médecin est alors confronté à sa propre définition de l'alcoolisme. La deuxième difficulté surgit après une cure de désintoxication lorsqu'il y a lieu pour le patient de garder une abstinence définitive. Il n'existe aucun médicament qui peut garantir cette abstinence, qui relève in fine de la liberté du patient. Pour surmonter ces deux difficultés, le médecin peut référer le patient aux alcooliques anonymes. Alors que le médecin tient un discours scientifique à propos de cet alcoolisme, les A.A. parleront au patient de leur histoire, miroir de l'histoire du patient. Par leur expérience et leur disponibilité, ils peuvent soutenir le patient tout au long de son abstinence.

Le travail du psychiatre de liaison dans un hôpital est de rencontrer des patients qui, de prime abord, ne s'attendent pas à pareille entrevue qu'ils jugent souvent insolite! Ces patients sont venus à l'hôpital pour des douleurs corporelles et n'imaginent pas un instant que leur souffrance pourrait trouver son origine dans leurs émotions et leur psychisme. La rencontre du médecin généraliste - mais aussi du psychiatre de liaison - avec le patient alcoolique est souvent du même type. Voilà en effet quelqu'un qui vient consulter, en urgence souvent, pour un problème de santé physique - vomissements, hématuries, troubles neurologiques, «crises de foie» - et qui est bien offusqué lorsqu'on lui fait part de notre doute quant à un possible problème d'excès de boisson.

LE MALADE QUI S'IGNORE

Voici déjà brièvement décrite la première difficulté que rencontre le médecin face à l'alcoolisme: comment convaincre un patient qu'il souffre bien de cette maladie, si tant est que le médecin en est convaincu au vu de la clinique et/ou des examens paracliniques.

Lorsque les examens paracliniques sont perturbés (tout spécialement les enzymes hépatiques), le médecin a peut-être plus d'assurance pour parler «d'abus d'alcool», ou d'excès de consommation de boissons alcooliques ou alcoolisées.

Il le fera toutefois avec grande prudence car l'expérience lui a appris que le patient

¹ Service de psychiatrie, Chef de service: Dr P. Schepens, Clinique St-Pierre, 1340 Ottignies.

s'étonnera de cette remarque et reconnaîtra, certes, qu'il boit un verre ou deux comme tout le monde... «comme vous, Docteur, non?!». Nous voilà donc renvoyés à notre propre norme de consommation d'alcool.

Quand peut-on parler d'alcoolisme au vu de l'histoire du patient ou selon les circonstances qui l'ont amené à l'hôpital ou au cabinet de consultation? Peut-on parler d'alcoolisme à un patient qui a provoqué un accident de circulation, en état d'ivresse? Autrement dit, après combien d'accidents peut-on aborder avec le patient un éventuel problème d'éthylisme? Est-il alcoolique, ce patient qui nous vient tous les trois/quatre mois en quasi coma éthylique, qui fait preuve entre-temps d'une sobriété exemplaire, que confirme la spectaculaire amélioration de ses enzymes hépatiques? Nous sommes plus à l'aise, pensons-nous, lorsque le patient décrit les symptômes d'un sevrage physique - tremblements, angoisses, nécessité de boire un verre très tôt - mais là encore, le patient nous surprendra par ses réponses, les excuses qu'il se trouve, son assurance à nous convaincre que cette fois il a compris et qu'il ne touchera plus jamais à un verre. Nous sommes d'autant plus perplexes devant ce patient désinvolte que nous sommes harcelés par téléphone voire en consultation par sa famille qui tient à nous convaincre de la grave réalité de l'alcoolisme du patient... Alors, alcoolique ou non, notre patient?

UNE NÉCESSAIRE ABSTINENCE

Une seconde difficulté, majeure, surgit lorsque notre patient, ayant accepté de se faire soigner, s'entend dire qu'il devrait «pour son bien» devenir abstinent à tout jamais. Car une abstinence définitive est en effet nécessaire lorsque le patient a présenté soit une dépendance physique (présence de signes de sevrage en l'absence d'alcool) soit un éthylis-

me «périodique» - il s'agit de ces patients chez qui la prise d'un premier verre d'alcool entraîne inexorablement une consommation excessive, s'étalant souvent sur plusieurs jours, ce que le langage populaire appelle volontiers «la neuvaine». Ce patient entre ses crises reste étonnamment sobre voire même abstinent. Dans ces deux cas, le patient en post-cure doit être informé que la prise même minime d'alcool l'amènera inexorablement vers la rechute.

Or, il faut reconnaître que malgré nous, l'aide médicale que nous apportons au patient lors d'une «cure» en réalité ne l'encourage pas forcément, a priori, à envisager une abstinence *définitive*. Nous pourrions même parler en la matière de «faux espoir iatrogène».

En effet, au terme de son sevrage physique, le patient recouvre une bonne santé: il reprend un petit déjeuner, il ne vomit plus, il ne tremble plus, se sent en forme et retrouve toutes ses facultés psychiques. Bref, il est à nouveau «comme tout le monde»...; ce qui lui permet quelque temps après le sevrage - une semaine, un mois, six mois - d'estimer qu'il peut reprendre un verre «comme tout le monde». Après tout, un verre ne peut pas faire de tort. Parfois même, le patient a pris l'avis de son médecin qui a acquiescé... pour un verre. Ce faux espoir de la «normalisation» de l'alcoolique est aussi entretenu dans le public par le mythe de ces médicaments miracles qui pourraient «enlever le goût de boire», qui garantiraient l'abstinence à tout jamais. Il faut bien reconnaître que ce médicament n'existe pas, qui enlèverait à un patient sa liberté, car cela en est une, de boire un verre «comme tout le monde».

Quel est le médecin qui n'a pas cru dans ces médicaments qui provoquent le dégoût de l'alcool, mais que le patient, en moderne Mithridate a pu habilement neutraliser? Il convient de souligner que ces faux espoirs sont aussi communiqués avec enthousiasme

parfois à la famille, qui ne peut alors que souffrir d'un immense désespoir lorsque survient la rechute.

Voici donc décrites les deux difficultés rencontrées par le médecin face au patient alcoolique: faire accepter une maladie - l'alcool! - faire accepter ce qui peut être le seul traitement - l'abstinence!.

LE GROUPEMENT DES ALCOOLIQUES ANONYMES

Il doit exister divers moyens pour dépasser ces difficultés. J'en décris un, et je vous parlerai de ma conviction, à savoir que le groupement des alcooliques anonymes peut nous aider... à aider le patient.

Pour rappel, le mouvement des alcooliques anonymes (A.A.) est né en juin 1935 dans l'état d'Ohio, de la rencontre entre deux alcooliques, l'un médecin, Bob, l'autre courtier, Bill. Ils constatèrent que le fait de parler entre eux sincèrement de leur alcoolisme leur avait permis de ne pas boire ce jour-là, puis de ne plus boire. Le mouvement s'est étendu aux USA et atteignit l'Europe lors du débarquement des alliés en juin 1944. Parmi les GI's se trouvaient en effet des membres des alcooliques anonymes.

De ce mouvement et de son fonctionnement, je ne vous rapporterai que ce que m'en disent les patients qui y ont adhéré. Je n'ai en effet pas la prétention d'en faire une analyse plus scientifique.

Pour faire partie des alcooliques anonymes, il suffit - ! - d'avoir le désir d'arrêter de boire. C'est pourquoi les A.A. ne rejettent pas de leurs réunions une présence un peu éméchée. Les patients me disent après leur première rencontre qu'ils ont été étonnés d'être accueillis sans critique ni jugement par des gens qui se présentaient comme malades d'alcoolisme, toujours alcooliques d'ailleurs, même si abstinents ou «non pratiquants» de-

puis longtemps. Et ces gens parlent de leur alcoolisme, de leur histoire. Et les patients me diront qu'alors, pour la première fois, ils ont entendu raconter par d'autres leur propre histoire, c'est-à-dire en réalité tout ce qu'ils ont pu s'inventer à eux-mêmes avant de le faire pour les autres, pour ne pas se reconnaître dépendants de l'alcool. Dans l'histoire de l'autre qui en est sorti, ils entendent leur propre histoire. Nous, médecins, nous parlons de l'éthylisme en termes d'enzymes, de GGT, de cirrhose, de polynévrite, de Korsakoff. Les alcooliques anonymes en parlent en termes de mensonge, duperie, de bouteille cachée, d'impuissance, d'histoire inventée pour justifier que... de promesse non tenue, de serment d'ivrogne, de honte. Ils parlent du caractère excessif de l'alcoolique et de son impulsivité. Ils parlent de l'alcool qui les a dominés pendant des années. Par leur expérience, ils aident dans l'anonymat et sans contrainte le nouveau dans les premiers jours de l'abstinence. Ils l'aident à redécouvrir d'autres valeurs que le plaisir de l'alcool.

Les alcooliques anonymes ne forment pas une secte, et si ils ont une «prière», s'ils parlent de Dieu, c'est en tant «qu'instance supérieure telle que vous la concevez». Sont-ils efficaces? Oui, et incontestablement, ils aident le patient à rester abstinent. La réussite est liée à la fréquentation des réunions, ce que confirment diverses études. Jean Ades (1) relève judicieusement que beaucoup d'alcooliques quittent rapidement le groupe A.A. (entre 35 et 68%). Mais parmi ceux qui restent membres actifs, 40 à 50% ne s'alcoolisent plus durant de longues périodes de plusieurs années. Il y aurait quelque 3 000 000 de membres A.A. de par le monde.

Existe-t-il un profil de patient particulier, plus disponible à adhérer aux A.A.? Les auteurs intéressés par le sujet sont unanimes: non! Les A.A. se retrouvent toute classe sociale confondue, mais aussi toute structure

de personnalité présente, y compris des structures proches ou dans la maladie mentale. Mais, il convient alors de rappeler avec force que les A.A. ne sont pas des psychothérapeutes, ils n'aident pas ces patients dans leurs difficultés psychologiques, mais uniquement dans la gestion de leur problématique face à l'alcool. D'où la nécessité pour nous médecins de poser un diagnostic «au-delà» de l'alcoolisme, même si l'alcoolisme peut en lui-même être considéré comme une maladie. Pour certains patients donc, la fréquentation des A.A. est une aide qui devra être couplée à un traitement relevant du champ psychiatrique ou psychothérapeutique. Ce traitement peut être individuel, familial, ou en groupe.

TRAVAILLER AVEC LES A.A.?

Accepter de «travailler» avec les A.A. c'est-à-dire de signaler avec conviction leur existence aux patients, sans plus, c'est tout d'abord reconnaître notre impuissance face à l'alcool qui domine notre patient. C'est accepter humblement que nous n'avons pas de potion magique qui assurerait à notre patient une abstinence pour le restant de ses jours. Notre rôle comme médecin est important mais limité. Nous soignons les conséquences de l'alcool dans le corps et dans le psychisme de nos patients et nous devons le faire à chaque rechute, même si cela nous désespère car l'alcoolisme est une maladie désespérante, irritante, provocante.

Et pour ne pas être désespéré par ces patients qui reviennent régulièrement en rechute ou en «chronique», j'ai appris à parler des A.A. Je donne les numéros de téléphone de

mes correspondants dont je ne connais souvent que le prénom. J'invite le patient à participer aux réunions des A.A. et je me déclare incompetent pour garantir l'abstinence que me promet le patient et que souhaite la famille. Enfin, j'ai fait mienne cette «prière des A.A.»: «Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne puis changer, le courage de changer les choses que je peux, et la sagesse d'en connaître la différence».

SUMMARY

The Relationship between Doctor and Groups of «Alcoholics Anonymous» (A.A.)

When taking on an alcoholic patient, the general practitioner often faces a double difficulty. The first difficulty results from the fact that the patient denies his disease, in spite of the clear signs of its adverse effects on his body. This becomes a major difficulty when the patient's alcohol abuse results in behavioral problems that endanger both the patient and his family. As such, the doctor is confronted with his own definition of alcoholism. The second difficulty arises after a detoxification, when the patient has to face total abstinence. There is no medication available to guarantee this total abstinence, this is entirely in the hands of the patient himself. To overcome this difficulty, the doctor can refer the patient to Alcoholics Anonymous. Whereas the doctor has a scientific approach to the alcohol problem, Alcoholics Anonymous will talk to the patient about their history, which is a mirror of the patient's history. With his experience and availability, he can be an ongoing support for the patient during his abstinence.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. ADÈS J., LEJOYEUX M. - Conduites alcooliques: traitement. Encyclopédie Médico Chirurgicale (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-398-A-50, 1996.