

Le patient alcoolique «difficile»

Claudine Aeschbach

Consultations ambulatoires pour les toxicomanies, Psychiatrie Bâle-Campagne

Quintessence

- Les patients dépendants à l'alcool forment un groupe très hétérogène et donc exigeant, tant en termes de structures sociales que de structure de la personnalité et de comorbidités psychiatriques.
- Les agressions et les frustrations de l'équipe soignante doivent être clairement exprimées et abordées.
- Une relation thérapeutique stable sur plusieurs années est une condition indispensable au succès du traitement de ces patients.
- L'hôpital somatique est une base essentielle et non stigmatisante pour le sevrage et la prévention.
- La mise en contact avec le spécialiste des addictions en phase aiguë et une poursuite du traitement aussi rapidement que possible après la sortie de l'hôpital sont indispensables pour le succès thérapeutique.

Le patient idéal pour de nombreux médecins est le patient qui se sent malade, qui vient spontanément demander de l'aide et qui est persuadé que le médecin va pouvoir lui fournir cette aide. Le médecin espère et souhaite que ses patients soient prêts à établir un lien de travail, autrement dit à «coopérer». Le soignant s' imagine que le patient n'est en rien responsable de sa maladie et voit dans cette dernière un simple coup du sort. Le médecin souhaite un patient avec lequel il peut partager sa conception de l'origine et du traitement de la maladie. Malheureusement, ces caractéristiques idéales font justement défaut chez le patient éthylo-dépendant! Il y a au contraire une totale confusion quant au rôle du médecin et ce dernier doit s'en accommoder. Plus particulièrement parce que la dépendance à l'alcool et d'ailleurs toutes les formes de toxicomanies sont des processus d'autodestruction peu propices à l'empathie. La dépendance est l'une des formes de maladie les plus envahissantes sur le plan émotionnel, car l'autonomie de la personne touchée est épisodiquement éteinte et déclenche donc souvent une attitude défensive extrême. La prise de conscience de la maladie ne suffit par ailleurs souvent pas à la surmonter. Il n'est pas rare qu'elle touche des personnes intelligentes, tout à fait différenciées et très bien structurées.



Claudine Aeschbach

L'auteur déclare ne bénéficier d'aucun soutien financier et n'avoir aucun conflit d'intérêt en relation avec le présent article.

Définition de la dépendance

L'OMS définit la dépendance comme un état psychique et/ou physique reposant sur une interaction entre l'individu et la substance. Le comportement d'une personne

dépendante renferme toujours l'obligation de consommer la substance de manière continue ou périodique, afin d'en ressentir les effets positifs et/ou d'éviter le désagrément de son absence. Les symptômes de sevrage désagréables peuvent se manifester aussi bien au niveau physique que psychique, ce qui est beaucoup plus difficile à appréhender.

Groupes de populations touchés


Les patients qui ont un problème de drogue ne forment pas un groupe homogène, que ce soit en termes de facteurs internes ou de facteurs externes. Le spectre des qualificatifs s'étend de psychotique (coupé de la réalité) à névrotique, de socialement intégré à totalement désintégré. Cela signifie que la «performance du Moi» peut considérablement varier d'un patient à l'autre. On entend par «performance du Moi» la somme des aptitudes psychiques permettant à un individu de mener une vie indépendante d'adulte. D'une manière générale, nous admettons que les aptitudes sont intactes sur le plan affectif, relationnel et professionnel. L'évaluation correcte de la «performance du Moi» est l'une des premières missions du psychothérapeute, qui devra aussi se souvenir que les interactions avec l'environnement (en l'occurrence la famille, la situation professionnelle et éventuellement la justice) ne sont aussi marquées dans aucune autre pathologie.

Qu'est-ce qui rend la prise en charge des patients dépendants aussi difficile?

La substance à l'origine de dépendances constitue – même si ce n'est pas le cas physiquement – une épée de Damoclès dans l'espace thérapeutique, une échappatoire. Le thérapeute se retrouve véritablement en concurrence avec la substance dans la mesure où le patient peut se demander, de manière consciente ou inconsciente, ce qui l'aide davantage. Il y aura en outre toujours un doute chez le thérapeute: le patient ne veut-il ou ne peut-il pas? La plupart du temps, les tentatives de prise de contrôle du produit toxique à la place du patient (doses, moments des prises) sont vouées à échec. Le patient va en effet mettre toute son énergie pour reprendre ce contrôle des mains du thérapeute. Un jeu terriblement frustrant et destructeur!

Le thérapeute doit également prendre conscience du fait que la dépendance cache beaucoup d'agressivité, souvent sous la forme d'un dénigrement de l'entourage (méde-

cin, partenaire, collègues de travail, etc.) ou d'une dévalorisation de soi. Le thérapeute doit voir dans le dénigrement des autres une défense contre ses propres sentiments de dévalorisation et il devra aborder ce problème avec le patient au moment approprié.

Le tableau 1  illustre les principaux points d'ancrage de la thérapie. Le thérapeute doit se souvenir du fait que ces points d'ancrage sont déterminés par la performance du Moi extrêmement fluctuante chez les patients dépendants. La performance du Moi est influencée d'une part par le degré d'intoxication et la dépendance momentanée, autrement dit par les effets neurobiologiques de la consommation, et d'autre part par l'environnement, c'est-à-dire un entourage favorisant la consommation, et les expériences antérieures avec la substance. La dépendance est une mauvaise expérience qui a été apprise et qu'il s'agit de «désapprendre» en faisant prendre conscience au patient de ses rapports avec la substance.

Quels sentiments le patient suscite-t-il chez le médecin?

Le caractère chronique d'une dépendance, le fait de devoir «assister de façon impuissante» à un processus d'autodestruction incompréhensible peut susciter chez le médecin un sentiment de désespoir et par la suite une réaction de colère pouvant aboutir à un véritable mépris du patient et susciter une certaine agressivité vis-à-vis de ce dernier. Le médecin doit prendre conscience de ses réactions d'agressivité, car elles annihilent toute la relation thérapeutique avec le patient. Cela ne signifie cependant pas que le médecin doit répondre à tous les souhaits du patient. Il faut au contraire limiter ses propres tendances destructrices par des paroles ou par des actions dans le cadre des limites légales et faire bien comprendre au patient que le médecin ne se rendra pas

complice de cette autodestruction. En tant que médecin, n'oublions cependant pas que les patients dépendants ont aussi des facettes attachantes, que la dépendance n'est qu'une partie de leur être et que nous devons, en tant que thérapeutes, faire preuve de curiosité et rechercher ces côtés attachants.

Qu'est-ce qui suscite les sentiments d'agressivité chez le médecin et les autres soignants?


Les réactions d'agressivité sont suscitées par le sentiment d'impuissance, la difficulté d'aborder le problème de façon positive et simple, ainsi que le manque d'honnêteté chez le patient.

Le médecin se doit d'évoquer une fois ou l'autre son impuissance, par exemple de la manière suivante: «Vous savez, Madame A, nous nous voyons ici pour la n-ième fois et j'ai l'impression que je ne peux absolument pas vous aider... je me fais beaucoup de soucis pour vous...»

Le manque de franchise ne doit pas être pris personnellement et on abordera cet aspect-là également de façon indirecte. Exemple: «J'imagine bien qu'il n'est pas facile pour vous de me parler de votre consommation d'alcool. Peut-être avez-vous honte parce que vous avez à nouveau perdu un peu (= dilution, atténuation) le contrôle sur votre consommation. N'empêche qu'il serait beaucoup mieux pour nous deux de savoir combien vous avez bu ces derniers temps». Le médecin doit chercher à comprendre les causes du déni et relever les contradictions manifestes, tout en évitant absolument d'endosser un rôle d'inquisiteur. Tenter de prouver quelque chose au patient est totalement voué à l'échec!

La tendance à la banalisation inhérente à la dépendance doit aussi être thématisée. Le médecin pourra utiliser des formules telles que: «Quand j'y pense, je n'arrive pas à croire que vous en êtes resté à un seul verre. Il semble évidemment difficile de comprendre après coup ce qui s'est vraiment passé...»

Rôle des comorbidités psychiatriques

Le tableau 2  présente la liste des comorbidités psychiatriques les plus fréquentes. Il est vrai que pour l'éthylisme, la définition de ce qui est primaire et ce qui est secondaire a relativement peu d'intérêt, dans la mesure où il n'y a pas de chronologie correcte dans le déroulement du traitement. Il est aussi important de noter que le diagnostic d'une dépression ne peut être posé qu'après 4-6 semaines d'abstinence, sur la base de l'anamnèse et du comportement dans la vie de tous les jours. L'alcool rend dépressif, tout en ayant paradoxalement une action antidépressive lorsqu'il est pris au bon moment et à des doses appropriées!

Dans le trouble bipolaire, la comorbidité de loin la plus fréquente, on peut observer aussi bien durant les phases dépressives que durant les phases maniaques une perte complète du contrôle de la consommation d'alcool. Au cours des phases maniaques, marquées par la perte du

Tableau 1
Points d'ancrage importants pour la thérapie.

Réalité extérieure	– Capacité d'indépendance – Aptitude relationnelle – Capacité de conflits
Réalité intérieure	– Image de soi (Moi réel vs Moi idéal) – Capacité d'affection (objet réel vs objet idéal) – Tolérance aux frustrations (environnement réel vs environnement idéal)

Tableau 2
Comorbidités psychiatriques dans la dépendance à l'alcool.

Maladie psychiatrique	Fréquence
Dépression	33–67%
Trouble bipolaire	60–80%
Schizophrénie	50–60%
Trouble de la personnalité	30–70%

→ Aucune des deux maladies ne supprime l'autre en termes d'importance.
→ Il n'existe pas de chronologie correcte dans le déroulement du traitement.

contrôle de soi et de la perception de la réalité, la dépendance à l'alcool constitue un danger très important. Dans ces situations, les patients ont un comportement extrêmement désagréable.

En quoi consiste le traitement ambulatoire?

Le but d'un suivi ambulatoire est l'établissement d'une relation stable entre le thérapeute et le patient, grâce à un rapport thérapeutique dont la mise en place peut mettre jusqu'à deux ans. Au cours des trois premiers mois, il s'agit avant tout de relever le patient, de lui redonner confiance, de le débarrasser de ses sentiments de dévalorisation et de le «nourrir narcissiquement». En règle générale, il faudra attendre au moins trois mois après cette phase de gonflement narcissique pour tenter une confrontation avec la réalité (problème de dépendance, interactions avec l'entourage, etc.). Pour la suite de la prise en charge, le modèle dit transthéorique de Prochaska et de Di Clemente (fig. 1) s'est avéré efficace.

Quelques conseils de gestion des comportements agressifs

Il est important de mettre des limites claires aux comportements ouvertement agressifs! On ne saurait accepter que des patients expriment des menaces dans des locaux de traitement sensés être des milieux protégés et vis-à-vis des soignants dont le rôle est d'assister les patients. L'essentiel est ici d'intervenir immédiatement et résolument. On constate souvent que les patients ne sont absolument pas conscients des réactions qu'ils suscitent autour d'eux. Une discussion franche à ce propos peut être très salutaire.

Il peut exister chez certains patients dépendants, surtout chez ceux qui souffrent d'une comorbidité avec trouble de la personnalité, un degré d'instinct destruc-

teur qu'il n'est parfois pas possible de contrôler de manière adéquate. Dans ces situations, les médecins, et notamment les médecins cadres, doivent se protéger et protéger l'équipe soignante. Il n'est pas rare que de tels patients déclenchent des conflits extrêmes dans des teams où le travail en commun devient alors très difficile. Il faut toujours veiller à ces dynamiques et, le cas échéant, bien réfléchir à la façon de gérer ces situations. Des attitudes agressives cachées, qui concernent souvent le soignant, doivent aussi être abordées lorsqu'on en prend conscience chez soi-même. Il s'agit d'avoir une réflexion approfondie sur sa propre colère, éventuellement avec le patient, pour tenter d'en trouver la cause. Le soignant évitera dans la mesure du possible d'exprimer vis-à-vis du patient le ras-le-bol et l'agressivité qu'il suscite chez lui. L'irritation induite par les contradictions et l'ambivalence des patients doivent en revanche être abordées dès que possible. Il importe ici de bien préparer la manière de transmettre et de communiquer ces réactions.

Rôle de l'hôpital somatique pour soins aigus dans le traitement des patients dépendants

L'hôpital somatique pour soins aigus est pour le patient alcoolique un lieu protégé lors des crises. Le milieu hospitalier offre un espace dans lequel le patient peut régresser, autrement dit un lieu dans lequel il est débarrassé de ses obligations d'adulte habituelles et où il est à l'abri de ses pulsions autodestructrices – un lieu de retraite et de réflexion. Les dommages physiques à la santé inhérents à la toxicomanie peuvent y être investigués, diagnostiqués et traités. Des complications telles qu'un délirium ou un syndrome de sevrage sévère, s'accompagnant par exemple d'une crise hypertensive ou d'une crise comitiale, peuvent être prévenues. Les proches peuvent aussi respirer quelque temps. L'hôpital est moins stigmatisant que la clinique psychiatrique et, lorsqu'un patient est en mesure de respecter les conditions cadres, l'hôpital est un lieu parfaitement approprié dans cette phase de la maladie.

La signification à plus long terme d'un séjour en milieu hospitalier ne doit cependant pas être surestimée. L'hôpital ne peut pas prodiguer une thérapie au vrai sens du terme, car le temps manque pour cela et le cadre ne s'y prête pas.

Les médecins de l'hôpital somatique pour soins aigus sont souvent déçus que certains patients leurs reviennent régulièrement avec les mêmes problèmes et qu'ils ne changent en rien de comportement (cf. l'exemple ci-dessous). La psychothérapeute n'y voit en revanche rien d'étonnant: la dépendance est principalement un problème psychique, qui requiert donc une thérapie psychiatrique. Ce n'est que lorsqu'un patient est prêt au fond de lui-même à changer ses comportements que l'on parviendra à un véritable progrès. Or, comme déjà évoqué plus haut, ce processus peut prendre beaucoup de temps. Ce qui importe surtout à l'hôpital somatique pour soins aigus, c'est de donner à chaque fois une nouvelle chance au patient de retrouver un espace sans stigmatisation et sans qualifications simplistes, que ce

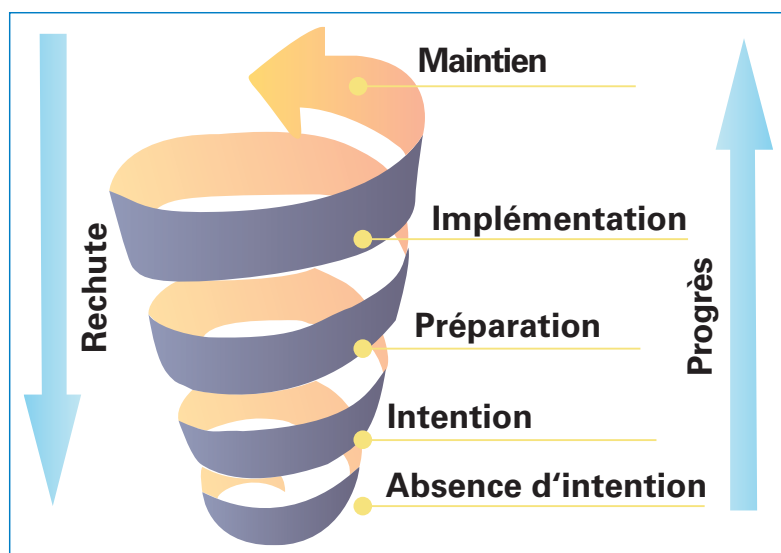


Figure 1
Suivi selon le modèle transthéorique de Prochaska et de Di Clemente.

soit directement ou indirectement (par exemple dans le cadre des discussions entre collègues). On peut et on doit féliciter les patients ayant trouvé le courage de venir spontanément à l'hôpital pour se faire soigner.

Adhérence au traitement ambulatoire après un consilium

Notre institution, à cheval sur les deux hôpitaux cantonaux du Bruderholz et de Liestal, assure en moyenne une centaine de consiliums par an. En 2010, nous avons fait un bilan pour savoir chez combien de patients notre consilium était suivi d'une thérapie ambulatoire spécifique. Il s'est avéré que près de 50% des patients examinés et conseillés dans le cadre d'un consilium poursuivaient ensuite la prise en charge avec au moins un rendez-vous à notre consultation ambulatoire. L'adhérence était d'autant meilleure que le délai entre le consilium et le rendez-vous à la consultation ambulatoire était court. Il est donc très important que le patient reçoive un rendez-vous concret avant de quitter l'hôpital, si possible le lendemain de la sortie ou au minimum durant la semaine qui suit le retour à domicile.

Résumé

Le rôle de l'hôpital somatique pour soins aigus dans la chaîne de traitement des patients toxicodépendants est capital, mais souvent frustrant. L'hôpital est un espace protégé en cas de crise aiguë ou même potentiellement mortelle. La période de l'hospitalisation doit être mise à profit pour instaurer ou reprendre dès la fin du séjour une thérapie dans le cadre d'une consultation ambulatoire spécialisée. La dépendance est une maladie chronique mettant à rude épreuve les soignants et l'entourage en raison de la tendance autodestructrice plus ou moins importante qui lui est associée. Le pronostic reste

néanmoins bon, même dans les cas de toxicodépendance grave, pour autant qu'un traitement approprié soit mis en place.

Correspondance:

Dr Claudine Aeschbach
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie
Médecin-chef
Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen
Wiedenhubstrasse 55
CH-4410 Liestal
[claudine.aeschbach\[at\]pbl.ch](mailto:claudine.aeschbach[at]pbl.ch)

Exemple de cas

Une patiente de 45 ans souffre d'un problème d'alcool connu. En décembre 2011, elle est victime d'un infarctus du myocarde nécessitant un bilan et un traitement cardiologiques invasifs. Elle avait déjà présenté plusieurs épisodes de sevrage «accidentels» et elle avait déjà dû être mise une fois sous tutelle par le passé. Elle vit une situation sociale difficile et on suspecte une dépression, alors que la patiente n'a nulle prise de conscience de la maladie.

L'ambivalence de la patiente ressort clairement de cet exemple: elle a certes un comportement autodestructeur par sa consommation excessive d'alcool, mais se présente tout de même lors de ses douleurs thoraciques, craignant vraisemblablement des séquelles durables ou même la mort. Son comportement destructeur dans le cadre de la dépendance ressemble pourtant dans le même temps à une recherche de la mort. Un sevrage devrait être effectué chez cette patiente au cours de son séjour à l'hôpital de soins aigus somatiques; en cas de refus d'un traitement hospitalier spécifique, elle devrait ensuite être transmise dans toute la mesure du possible à une consultation ambulatoire.