

Séminaire conjoint Alcoologie – Sociologie

Département de sociologie de l'université de Poitiers
GRESO - CIPAT

« La cure en alcoologie - Les points de vues des soignants »

La cure ambulatoire

Olivier Kandel

Médecin généraliste - Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Préambule

Nous prenons la parole lors de ce deuxième séminaire après le regard croisé du sociologue et du psychiatre. Ils nous ont évoqué les stigmates et la généalogie. Nous allons, avec Frédéric Pinton, vous parler de ce moment particulier du soin à proprement parler. Ce moment qui fait souvent date dans la biographie du patient. Bien entendu s'il est salvateur, si le patient "y arrive" comme ils disent. Mais aussi en cas d'échec. On sait combien les patients nous énoncent le nombre exact de cures entreprises dans leur existence ! Ainsi, la cure est aussi stigmate et généalogique au sens de fait historique marquant pour le patient et parfois son entourage.

Introduction

Vous parler de la cure ambulatoire alors que ce mode de prise en charge est si peu évoqué dans le panel des propositions thérapeutiques en alcoologie, est un bel exercice. Peu de patients en connaissent l'existence. Peu de soignants y portent un réel crédit. La formalisation de son contenu est approximative, laissée à l'appréciation du thérapeute. Le seul document officiel existant, issu de l'ANAES (ancêtre de l'HAS), date de 1999. Il s'agit d'une conférence de consensus qui n'a pas été actualisée à la lumière d'évaluation. Fait rare et très récent, un article vient d'être publié dans "Alcoologie et Addictologie", Revue de la Société Française d'Alcoologie. Il s'agit d'une évaluation de la pratique médicale de sevrage du patient alcool-dépendant au regard de cette recommandation de 1999. On note "un engagement plus fort du médecin" généraliste. Une "harmonisation des pratiques médicamenteuse et du soutien psychosocial". Il est souligné "la différence de patientèle entre généralistes et services spécialisés", ainsi que "la spécificité mais aussi la complémentarité de leur pratiques respectives".

Nos propos auront pour objectif de vous présenter le regard d'un médecin qui pratique ce type de soins depuis une quinzaine d'années. Nous nous appuyerons sur deux travaux de thèses de médecine qui avaient pour objectif d'évaluer la cure ambulatoire réalisé dans notre cabinet médical.

Le premier travail, réalisé en 2006, était un audit de pratique sur le protocole de soins. Il portait sur une centaine de dossiers de patients. L'objectif était de vérifier que les soins prodigués étaient conformes aux recommandations de l'HAS (ANAES).

Le second, en 2011, était une évaluation des résultats à un an du début des soins, avec l'analyse de 83 dossiers médicaux et des entretiens auprès de 40 patients.

Très peu d'études, y compris internationales, ont été réalisées sur la cure ambulatoire. Ces modestes travaux permettent donc d'éclaircir un peu ce champ de l'alcoologie moderne.

Nous vous proposons de détailler notre propos en trois temps. D'abord de présenter la spécificité de la cure ambulatoire, puis d'aborder les éléments propres au patient et enfin de voir les implications de ce soin pour le soignant.

La cure ambulatoire

Deux mots, un premier : "cure", légèrement désuet voire politiquement incorrect et un second : "ambulatoire" remis à la mode par la nécessité de maîtriser les dépenses de santé.

Pourquoi conserver ce terme de cure alors que toutes les structures de soins l'ont pudiquement et judicieusement contourné ? Il faut bien reconnaître que le mot n'est pas aisé à employer. Qu'entre "n'en n'avoir cure" et "prendre les eaux" le mot n'invite pas à s'investir. Mais à l'opposé rien de mieux qu'une "bonne cure" et on n'en parlerait plus.

Cette notion de cure a le mérite d'officialiser un moment précis. Mais nous savons que l'itinéraire du patient dépendant s'inscrit dans un continuum progressif qui débute parfois longtemps avant le soin et se poursuit quelques fois bien après. Pourtant nous conserverons ce terme, car associé au second, il explicite une démarche structurée. Faire une cure ambulatoire n'est pas "s'en sortir seul". Il est important que patient et soignant en aient conscience. Ils vont cheminer ensemble, converser et s'adapter, mais pas sans cadre.

Alors qu'en est-il de la cure ambulatoire ? Je passerai sur les détails médicaux du soin qui ne diffèrent pas fondamentalement de celui dispensé en structure. Quelques points méritent néanmoins d'être soulignés.

Il s'agit d'un soin, d'une prise en charge sans hospitalisation, hors les murs, dans la vraie vie pourrait-on dire. Le patient décide d'une date d'arrêt de sa consommation d'alcool. Le médecin propose un protocole, fait d'un traitement et de conseils. Les deux parties s'accordent sur un suivi régulier. Le patient est revu à trois jours puis chaque semaine le premier mois, pour espacer ensuite progressivement les rendez-vous. Le suivi peut dépasser un an. Un arrêt de travail de quelques jours est systématiquement proposé, mais pas toujours accepté par le patient. Contrairement aux idées habituellement véhiculées, nous ne faisons pas de sevrage conjoint alcool - tabac. Le second sevrage est différé à l'anniversaire des un an d'arrêt de l'alcool.

La principale difficulté pour le patient est d'envisager ne plus jamais boire d'alcool. C'est légitime au début. Comment espérer vivre sans le fidèle compagnon de ses intimes émotions ? Avant de découvrir qu'en définitive cela devient possible, certains patients ne peuvent pas s'engager dans la durée. Ils sont pourtant sincères dans leur intention. Il nous arrive de proposer un contrat à durée déterminée. Un CDD en quelque sorte, de trois mois renouvelable. On sait bien qu'une fois renouvelé une ou plusieurs fois le CDI est bienvenu.

Dans notre expérience, nous demandons systématiquement au patient de prendre contact, ne serait-ce qu'une fois avec une association d'ancien malade ou le CSAPA (CIPAT). Ils y sont souvent réticents, mais la synergie qu'entraîne ce partenariat est très profitable et étaye le patient.

Nous proposons à son conjoint, avec son accord, de l'accompagner lors d'un rendez-vous dans le deuxième mois d'abstinence. L'objectif est double. D'une part, faire exprimer les changements positifs et d'autre part, aider le conjoint à faire le pari de la confiance. En effet, le patient s'impatiente souvent du manque de confiance de son conjoint, ne comprend pas que celui-ci reste sur la réserve, puisqu'il sent lui, que "cette fois c'est la bonne".

Il ressort de l'évaluation des cures ambulatoire menées dans notre cabinet que 50% des patients sont abstinents à 6 mois et un tiers à un an. Ils sont 65% à se déclarer bien psychologiquement. Ce résultat est voisin de ceux généralement présentés par les structures d'alcoologie.

Oserais-je dire qu'il s'agit plus d'un cheminement que d'une solution originale en soi. Une approche diachronique (à travers le temps), jalonnée de rencontres, instants faits de huis clos dans une approche alors plus synchronique abordant des éléments précis vécus par le patient. Le soin ambulatoire permet le suivi, l'accompagnement au plus près dans une relation personnalisée avec une démarche progressivement "maturante", d'intégration dirait Balint.

Evoquer la rencontre nécessite d'aborder la question de la communication. On dit parfois que l'alcoolisme est aussi un trouble de la communication. Redonner aux mots leur authenticité. Ré-appriivoiser l'entendre et le dire. Exercice délicat pour les deux protagonistes de ces conversations. Pour le patient, perdu d'une part, dans ses attentes insatisfaites, maladroitement masquées par ses circonvolutions verbales qui ne leurent plus que lui et interprétant d'autre part, très "épidermiquement" les messages extérieurs qu'il reçoit. Mais pour le médecin aussi, emprunt de sa "fonction apostolique" bien décrite par Balint et de son a priori du bien être de l'autre, source d'incompréhension, nommée communication contrariée par Cicourel. Ainsi le soin est fait de négociation, d'injonction, de valorisation, lors de conversations où les mots sont dits où le ressenti prend progressivement authentiquement langue.

La cure ambulatoire du côté patient

Parler du patient, mais de quel patient ? Le patient dépendant qui fait un soin dans notre cabinet est 2 fois sur 3 un homme (1/3 de femmes quand même !). Il a en moyenne 43 ans (min 25 et max 68) et vit seul dans 41% des cas. Il est ouvrier moins d'une fois sur 5 (18%), cadre ou profession libérale dans 11% des cas et plus d'une fois sur deux (55%) employé ou de profession dite intermédiaire.

Pour lui, l'alcool est encore une solution, un remède à ses difficultés. Pour le médecin qu'il rencontre, l'alcool est sans aucun doute un problème. Cette dualité d'approche renforce la honte et la peur du patient, l'enfermant dans cette difficulté initiale à dire, que certains appellent déni. Je cite : *"Avant, je ne me regardais même pas dans la glace, un alcoolique a honte". "Quand vous dites que vous arrêtez de fumer, c'est bien mais quand vous dites que vous arrêtez l'alcool, c'est beaucoup moins bien"*.

De dire à faire... Le souhaitable du médecin doit être clairement énoncé (soin, abstinence, suivi). Le possible du patient doit être entendu (tempérance, incapacité immédiate, peur...).

Qu'en disent-ils donc ?

Près de 60% des patients seraient disposés à recommencer un tel soin s'ils en avaient besoin. Dans notre étude, ils soulignent prioritairement comme éléments très positifs : le lieu de parole, la régularité des rendez-vous, le suivi alterné avec le CIPAT, le maintien dans la vie professionnelle et l'absence d'hospitalisation. Ils insistent sur l'impression de soutien et d'encadrement. *"L'intérêt c'est le gros suivi très régulier au départ. La confiance fait que l'on n'a pas honte de revenir même s'il y a un échec. J'ai apprécié l'effet béquille, roue de secours. La démarche était claire et les difficultés bien anticipées. J'ai beaucoup aimé l'accueil du CIPAT"*.

Ils parlent aussi de la discrétion, d'un lieu neutre non identifié "alcool", de leur impression de pouvoir garder la liberté de ne pas suivre les conseils, de percevoir leur amélioration physique progressive et d'en parler.

Mais l'itinéraire est long. Un patient : *"Oui je vais mieux docteur, avant j'étais condamné à mort, mais pour le moment vous avez commué ma peine de mort en prison à vie"*. Un autre : *"j'y arrive, mais quand je suis en soirée je préfère boire pour ne pas qu'on s'imagine que je suis alcoolique"*.

Ils expriment aussi des réserves sur le soin sans hospitalisation. *"C'est dur, il faut changer ses habitudes en restant dans notre quotidien"*. Un autre souligne l'absence de garde fou !

Même sans réussite, le soin ambulatoire peut être envisagé comme une étape qui aidera le patient dans son itinéraire vers le mieux être. *"J'ai commencé avec le médecin puis j'ai fait une cure d'un mois à La Rochelle, puis je suis allé à Payroux où c'était très bien, et je suis ensuite revenu vers le médecin et j'ai été aussi au CIPAT. Tous étaient très bien. La cure ambulatoire c'était important car j'étais à l'époque chef d'entreprise"*.

La cure ambulatoire du côté médecin

Hors des murs par définition, ce type de soin est assuré soit par des médecins travaillant dans les Centres d'alcoologies, les anciens CHAA, secondairement nommés CCAA et maintenant CSAPA. Soit par des médecins généralistes en cabinet de ville.

Le généraliste qui dispense ces soins a quelques atouts, mais aussi certaines difficultés. Il connaît bien le patient et son écosystème et le voit souvent depuis des années. Il a entendu ses résistances et ses peurs. Il a entendu les doléances de son entourage. Il connaît le temps qu'il faut pour consentir à changer. Mais l'immersion dans la systémique familiale peut également parasiter sa neutralité, le gêner dans son écoute singulière, perturber la communication déjà déficiente entre tous les protagonistes.

Par ailleurs, le médecin non psychiatre est naturellement rompu à fonctionner dans un principe de passage à l'acte quasi immédiat. Il fait un diagnostic puis prend des décisions. Il prescrit, il ordonne. Ne l'appelle-t-on aujourd'hui : médecin traitant ? Sa déformation professionnelle cartésienne, adaptée la plupart du temps, est ici mise à mal. La multiplicité des problèmes de l'alcoolique et la nécessité de donner du temps, l'oblige à aborder la prise en charge différemment. Mais le généraliste sait aborder les problèmes de santé dans leur globalité, dans une approche holistique. Il soigne une personne malade plus qu'une maladie. Par la plainte physique, le symptôme organique, ce médecin légitimé par sa fonction biomédicale, laisse exprimer la souffrance pour entrer en relation. Ce mot "souffrance" est d'ailleurs, par expérience, bien souvent le levier pour contourner la difficulté à dire. Énoncé par le médecin à un moment de la consultation, ce mot fait passerelle. Charnière entre une vision exogène de la maladie, le patient subissant, et un modèle endogène, le patient au cœur de son histoire pouvant s'approprier celle-ci. Cette opposition ancienne, soulignée par Laplantine, est particulièrement niée par la médecine française. D'ailleurs, ne dit-on pas "exogénose" pour qualifier l'alcoolisme ?

La plus importante contrainte est celle du temps disponible. La durée de consultation. Par principe de réalité il faut s'y adapter. Impossible de recevoir un patient pendant une heure. D'ailleurs, serait-on dans notre rôle ? Saurait-on alors discerner l'implication de nos déterminants personnels ? Pas de complexe pour autant. En France la durée moyenne de consultation est de 18 minutes. Elle fait partie des plus longues en Europe. Nous pouvons contourner l'obstacle en recevant le patient très régulièrement et en travaillant par thème (enfance, famille, travail...) Cette régularité étaye aussi le patient.

L'intrication des problèmes que présentent ces patients, la succession de ses hauts et ses bas, ainsi que la nécessité de travailler en partenariat, est un bon exercice pour s'interroger sur notre place, notre fonction, notre rôle. Celui que nous pensons remplir, celui que nous espérons effectuer, celui que nous pourrions accomplir.

Ce type de soin est un exercice précieux d'humilité. L'itinéraire chaotique des patients est un bon antidote à la toute puissance du médecin. La cure ambulatoire a indéniablement toute sa place dans l'arsenal thérapeutique que nous devons proposer aux patients, mais qu'une place. Sans compter qu'après tout, le temps de la cure, ce moment si engrammé dans la mémoire des gens est très court. Il y a l'avant, mais surtout l'après. La "*nouvelle vie*" comme ils disent, qu'il va falloir aborder sans privation, *hors* de l'alcool et non *sans* alcool.

Conclusion

L'alcoolisme reste en France un sujet insuffisamment pris en charge et pas seulement en ville. Les chiffres de l'Observatoire de la médecine générale, montrent sur une douzaine d'années une étonnante stagnation de la prise en charge des problèmes "alcool", alors que celle du tabagisme et de la toxicomanie a très sensiblement progressé. Le rôle du soignant n'est pas le même en fonction de la représentation dominante. Le rôle du médecin évoluera en fonction du regard de la société sur la consommation d'alcool.

Voilà ce que nous voulions dire en quelques mots de la cure ambulatoire. Ce regard est parcellaire, limité, incomplet, comme un patchwork d'impressions venues de l'expérience, de la confrontation à l'altérité. Cet autre qui dérange par ses codes inadaptés. Cet autre que le médecin rencontre sans toujours percevoir son insidieuse proximité.

Mardi 7 Février 2012