



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

**DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS**

Mémoire de fin de DIU
Présenté et soutenu publiquement
Le 7 novembre 2019
Par le Docteur Frédéric DASSONVILLE

**LA RENCONTRE DU MEDECIN DE LA COMMISSION
D'ENTRAIDE ORDINAIRE AVEC LE MEDECIN
ALCOOLIQUE**

Comment l'amener à se soigner ?

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

I-PLAN

II-METHODE

Données de la littérature

Chiffres

Le médecin malade et son médecin

Le malade de l'alcool

La dépendance, le déni, le traitement

Le rôle de chaque acteur

Les expériences étrangères

Proposition d'une conduite à tenir

Proposition d'une formation inscrite au DPC

III-RESULTATS

Données chiffrées

Le médecin malade et son médecin

Le malade alcoolique

Le déni

La formation restreinte

La commission d'entraide

Les expériences étrangères

IV-PROPOSITIONS POUR LA RENCONTRE

Le rôle de l'entraide

Préparer l'entretien

L'empathie

La confiance

Le secret médical

L'alliance thérapeutique

En pratique : Où ? Quand ? Comment ?

V-DISCUSSION et LIMITES

Les autres addictions

Le contrat

La prévention par la QVT ?

VI- CONCLUSION

Agir en amont le plus précocement

Suivre le parcours de soins

Le secret absolu

Le contrat

La formation et son évaluation

LA RENCONTRE DU MEDECIN DE LA COMMISSION D'ENTRAIDE ORDINALE AVEC
LE MEDECIN ALCOOLIQUE

INTRODUCTION

Chaque année plusieurs dizaines de médecins sont convoqués devant la formation restreinte pour des problèmes liés à leurs addictions et plus de la moitié sont suspendus. Pour agir en amont et éviter cette suspension souvent vécue de façon dramatique, nous proposons des éléments de réflexion pour aider le médecin de la commission d'entraide ordinaire dans la prise en charge du médecin alcoolique afin de faire cesser le danger, l'accompagner vers un soin spécifique et assurer le suivi après le retour au travail. Ce mémoire pourrait faire l'objet d'un projet de programme de Développement Professionnel Continu destiné aux membres des commissions d'entraide ordinaires.

METHODE

En nous appuyant sur la littérature nous préciserons quelques données chiffrées, et nous détaillerons les spécificités du médecin malade, de la maladie alcoolique notamment sur la notion de déni du malade et de l'entourage, nous préciserons le rôle et la place de chaque acteur : le médecin malade, les membres du conseil de l'ordre, le médecin de la commission d'entraide, le médecin traitant, le collègue de travail et l'aidant familial.

Une revue des dispositifs mis en place à l'étranger pour repérer, soigner et suivre les médecins fragilisés par la maladie.

En s'inspirant des expériences de prise en charge du médecin alcoolique à l'étranger, nous proposerons une conduite à tenir pour que la rencontre entre le médecin de la commission d'entraide ordinaire avec le médecin alcoolique aboutisse à une alliance thérapeutique passant par un arrêt de travail, un sevrage associé à un traitement psychothérapeutique et un retour au travail.

Nous proposons de construire une formation DPC pour les médecins de l'entraide afin de rendre la rencontre avec le médecin alcoolique plus adaptée. Cette formation comporterait un travail sur les représentations, un rappel théorique sur les notions de base : la maladie alcoolique, l'entretien motivationnel, la reformulation, le déni et un travail en ateliers de mise en situation. La durée de cette formation pourrait être d'une journée ou deux pour un groupe de 6 à 8 personnes.

RESULTATS

Données épidémiologiques

Les données chiffrées transmises par la formation restreinte du Conseil National de l'Ordre des Médecins CNOM recouvrant les années 2015 à 2018 montrent que sur les 564 saisines, 364 ont concerné des états pathologiques dont 128 liés à des problèmes d'addiction. Parmi ces 128 médecins souffrant d'addiction, 68 ont eu une suspension.

Les chiffres concernant le premier semestre de l'année 2019 confirment une tendance à l'augmentation du problème : 87 saisines, dont 52 pour état pathologique et 22 pour addiction. Parmi eux 12 ont été suspendus.

Le problème lié à la consommation de substances addictives concerne également les internes en formation : l'enquête CAMIF réalisée en 2018 par la mission FIDES et le centre d'enseignement de recherche et de traitement des addictions de l'hôpital Paul Brousse (AP-HP) auprès de 5799 internes de la région Ile de France montre que 10,8% des répondants (70%) avaient un score ASSIST (annexe 2) correspondant à un besoin d'intervention brève et 0.5% avaient besoin d'une prise en charge spécialisée.

En 2008, 1900 médecins généralistes ont été interrogés sur leur état de santé (74% d'hommes), à l'aide de questionnaires AUDIT et DETA : selon les régions 6 à 11% ont une consommation d'alcool à risque chronique sans dépendance. Dans cette enquête aucun médecin ne répondait aux critères de dépendance.

En mars 2017, le CNOM a envoyé 62000 questionnaires à des médecins (généralistes, anesthésistes réanimateurs, gynécologues obstétriciens, médecins de travail, psychiatres). Sur les 11000 répondants, 2786 ont un problème de santé dont 24% une ALD (28% tumeur, 16% diabète, 11% coronaropathie, 6% cardiopathie, 5% psychiatrique). Il est important de souligner que parmi les 3000 répondants ayant un problème de santé, 28% ont eu des idées suicidaires contre 13% des 11000 répondants.

Le médecin malade et son médecin traitant

Dans leur thèse conjointe parue en 2011, les Dr BONNEAUDEAU et LHOTE identifient d'une part chez le médecin malade plusieurs spécificités : les risques liés à l'autodiagnostic et à l'automédication qui retardent la prise en charge adaptée, les problèmes financiers dus à une absence de prévoyance et au délai de 90 jours pour le versement des indemnités de la CARMF, la difficulté à maintenir l'activité en trouvant un remplaçant et un sentiment de faiblesse, de honte et de culpabilité, d'autre part chez le médecin soignant un médecin, un certain nombre de pièges à éviter et de règles à respecter. Mettre un cadre, éviter la consultation de couloir, prendre ses responsabilités décisionnelles, éviter la connivence, neutraliser les tentatives d'intervenir, il faut également du fait de l'identification toujours à l'œuvre éviter de basculer de l'empathie vers la sympathie. Le médecin qui prend en charge un confrère doit réaliser une consultation exemplaire comportant un interrogatoire médical, un examen clinique, la rédaction d'un dossier médical traçant les prescriptions et le résultat des examens complémentaires. (1) (2)(3)

Le malade alcoolique (4; 5; 6; 7;8)

L'OMS définit la dépendance comme un comportement psychopathologique en rupture avec le fonctionnement habituel du sujet. Elle se caractérise par au moins trois des manifestations suivantes : désir puissant d'utiliser une substance, difficulté à contrôler son utilisation, syndrome de sevrage à l'arrêt, nécessité d'augmenter les doses pour obtenir l'effet désiré, abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêt, consommation poursuivie malgré les conséquences nocives. Faire appel à la volonté pour se soigner est illusoire puisque cette maladie est indépendante de celle-ci. Cela s'explique par le fait que la consommation régulière de l'alcool va modifier la perception de la réalité et le médecin alcoolique va évoluer progressivement vers un état psychodynamique particulier qui ne pourra s'améliorer que si on obtient un sevrage prolongé qui permettra un travail psychothérapeutique suffisamment long pour passer du « je ne bois plus parce que je l'ai décidé » au « je ne bois plus parce que je n'en ai plus besoin pour résoudre mes problèmes ».

Qu'est-ce que le déni ? (9 ;10 ;11)

C'est un mécanisme de défense inconscient qui permet la survie de l'alcoolique jusqu'à ce qu'il en meurt. « *Je ne peux pas accepter le fait d'être alcoolique car si je le fais je serais obligé d'arrêter de boire et cela je ne le supporterais pas* ». Ce déni va de pair avec une solitude grandissante.

Le médecin alcoolique présente une apsychognosie résultant des effets de la consommation régulière d'alcool, provoquant une perte de la capacité de se juger et de s'apprécier par rapport aux autres.

Pour le malade il y a plusieurs dénis : déni de la consommation d'alcool en tant que telle, déni de la quantité absorbée, déni de la maladie (je bois comme tout le monde), déni de la dépendance (j'arrête quand je veux), déni du corps somatique (asomatognosie), déni du corps dans son versant libidinal (manque de soins fondamentaux apportés au corps, incurie, négation de la sexualité), déni de la temporalité (impossibilité de retracer la chronologie de son histoire), déni de la subjectivité (déresponsabilisation, le On à la place du Je), déni du fonctionnement psychique (apsychognosie de FOUQUET) (je n'ai pas de problèmes), déni de la réalité sociale.

Ce déni est variable, fluctuant au cours du temps et c'est l'évaluation de l'importance du déni dans la relation avec un thérapeute qui assurera l'authenticité de la relation soignant soigné.

En pratique l'intervenant aura intérêt à ne pas se confronter avec le déni mais plutôt à questionner les éléments de souffrance du malade qui le conduisent à boire. Le stress, l'anxiété, la dépression, les conditions de travail, les sources de détente, de plaisir seront évoquées.

Le déni et la culpabilité ressentie par le malade : pour entamer une relation d'aide avec un malade de l'alcool il faut arriver à atténuer le plus possible le sentiment de culpabilité de celui-ci. « Vous consommez un produit (l'alcool) pour soulager un état de souffrance morale comme un patient soulagerait une douleur avec du paracétamol. Nous vous proposons de soulager cette souffrance morale autrement ».

Dans mon expérience professionnelle, j'utilise par le « dessin de la pêche » et des mots simples pour illustrer le rôle de l'alcool dans la vie d'une personne lors de ma première consultation avec le malade de l'alcool.(voir annexe: la première consultation en alcoologie)

La formation restreinte (12)

La formation restreinte est une émanation du Conseil Régional telle que l'a voulu la loi du 4 Mars 2002. Une de ses missions est de prendre des décisions de suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité, d'état pathologique et suspendre partiellement ou totalement en cas d'insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession. Les décisions de suspension sont encadrées par les articles R.4124-3 et R.4124-5 du code de la santé publique qui précise que la Formation Restreinte Régionale n'a pas le pouvoir de prononcer de suspension définitive. A la fin de la période de suspension temporaire, la FR aura à nouveau à statuer sur une reprise d'activité professionnelle ou non au vu des conclusions d'une expertise de contrôle. Dans certain cas la FR peut, plutôt que d'infliger une suspension lourde de conséquences, recommander la nécessité de mesures de surveillance, d'accompagnement ou d'injonction thérapeutique.

La commission d'entraide du CDOM (12)

L'article 56 du code de déontologie : « les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité »

Selon l'article L.4121-2 du code de la santé publique, l'Ordre exerce auprès de tous les médecins cette mission d'entraide par la mise en place d'une Commission départementale relayée par une Commission d'entraide nationale. L'efficacité de l'entraide dépend de la précocité du dépistage des problèmes. Les conseils départementaux disposent de différents indices (signalement de patients, non prise de garde, absence de paiement de cotisation) mais là également le « confrère de proximité » doit jouer un rôle essentiel. Tout médecin qui a connaissance des difficultés d'un confrère doit s'en ouvrir à lui, lui proposer son aide et le convaincre de se rapprocher du conseil départemental qui de façon confidentielle peut enclencher plusieurs niveaux d'assistance. Si ce processus n'aboutit pas et que la gravité de la situation qu'il lui appartient d'apprécier en conscience l'exige et sous réserve qu'il ne soit pas médicalement en charge de ce confrère, il doit aviser ce confrère qu'il informera le Président du conseil départemental. Celui-ci, dans la plus stricte confidentialité, prendra toutes les dispositions utiles. Cette attitude, qui est déjà une obligation déontologique pour certains Ordres Européens de médecins, traduit le principe éthique de bienfaisance.

Dans chaque conseil départemental de l'ordre des médecins, une commission d'entraide assure la prise en charge des médecins à problème. L'entraide ordinale se conçoit non seulement comme une aide financière ponctuelle, mais aussi, confrontée à des situations complexes où s'entremêlent des considérations médicales, sociales et familiales, elle peut apporter une expertise et une action sur la situation médicale et sociale en apportant une solution pérenne à la difficulté rencontrée.

Les expériences étrangères :

En CATALOGNE, un Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade PAIMM a été créé en 1998 pour venir en aide aux médecins en activité souffrant de problèmes psychiatriques et/ou d'addiction à l'alcool ou à d'autres substances. Il comporte outre une confidentialité totale, la gratuité des soins, un engagement par la mise en place d'un contrat thérapeutique et une unité d'hospitalisation dédié à la prise en charge des médecins en proie à une pathologie addictive ou psychiatrique. Afin de dépister et d'aider les médecins en difficulté à un stade plus précoce, le code de déontologie CATALAN prévoit dans son article 102 l'impératif d'ingérence confraternelle devant un confrère en difficulté.

Au QUEBEC le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) créé en 1990 est un organisme qui s'adresse aux médecins, résidents et étudiants en médecine qui éprouvent des difficultés personnelles. Le PAMQ offre une aide professionnelle, discrète, compréhensive et confidentielle par des entretiens téléphoniques, des rencontres, permettant d'identifier les problèmes, de trouver des ressources et de rechercher des solutions.

Au CANADA un programme de suivi administratif du collège des médecins, mis en place en 1999, s'adresse aux médecins présentant des conditions d'exercice susceptibles d'avoir un impact sur la qualité de leur exercice professionnel : défaut de compétence, problème de santé mentale, problèmes physiques ou d'addiction à l'alcool ou autres produits. Le médecin signe un consentement pour faire l'objet d'une surveillance administrative par le biais de rapports transmis par ses thérapeutes. Ce programme peut également donner des injonctions thérapeutiques ou de remise à niveau des compétences professionnelles.

Propositions pour la rencontre

Le rôle de la commission d'entraide pourrait être de rencontrer précocement et d'accompagner confraternellement le médecin en difficulté vers la nécessité de suspendre son activité par un arrêt de travail, de rentrer dans un parcours de soins spécifique avec éventuellement une hospitalisation dans un service dédié afin de permettre un retour au travail dans des conditions de sécurité optimales pour les patients. Ainsi le médecin de l'entraide aurait un peu le rôle du médecin du travail qui doit évaluer l'état de santé du salarié et évaluer l'aptitude du salarié à son poste de travail (le médecin du travail peut retirer de façon autoritaire le salarié de son poste de travail). Le médecin de l'entraide ne dispose pas de cette possibilité, il doit utiliser les outils de communication pour persuader ou mieux motiver le médecin malade de l'alcool de suspendre son exercice.

En pratique le médecin de la commission d'entraide ordinaire lorsqu'il rencontre le médecin à problème a plusieurs missions : évaluer le danger, faire cesser ce danger par un arrêt de travail, accompagner vers le soin, suivre la réalisation des soins, accompagner le retour au travail et proposer éventuellement un soutien financier.

Préparer l'entretien

Le médecin de l'entraide n'étant pas alcoologue, aura si nécessaire, changé ses représentations de la maladie alcoolique : c'est une maladie indépendante de la volonté, le déni est inconscient, il ne faut pas confondre la personne (qu'il faut respecter) avec son comportement (qu'il faudrait changer), la personne boit pour soulager une souffrance qu'il faudra préciser, le sevrage est nécessaire pour permettre la mise en place d'une psychothérapie, il est illusoire de réaliser une psychothérapie sans sevrage et le sevrage seul n'est pas suffisant pour assurer la solidité de la guérison, la durée moyenne des soins sera de 6 mois à 2 ans et l'arrêt de travail ne devrait pas être inférieur à trois mois si on veut éviter les dangers professionnels liés à des réalcoolisations.

En résumé le médecin de l'entraide devra être convaincu au préalable que la prise en charge de cette maladie passe par un sevrage total qui permet la recherche douloureuse des raisons de l'alcoolisation par un travail psychothérapeutique prolongé qui ne permet pas la poursuite de l'exercice professionnel et qui, donc, nécessite un arrêt prolongé et une période d'hospitalisation.

Le médecin de la commission d'entraide a le rôle délicat de transformer une injonction de soins en une véritable alliance thérapeutique comme le fait l'alcoologue qui reçoit un patient sur injonction judiciaire. En pratique il est utile de partager cette injonction avec le malade en la déplaçant dans le champ extérieur à la rencontre : c'est le code de déontologie qui s'impose à tous les deux (le conseil départemental de l'Ordre est garant de la sécurité des soins dispensés par les médecins).

Cet entretien utilisera les outils de l'entretien motivationnel : écoute active, reformulation, congruence, proposer au malade de définir avec lui des objectifs, lister les moyens pour atteindre ces objectifs, renforcer les ressources du malade. Une formation minimale à l'entretien motivationnel est nécessaire.

Le déni sera contourné en focalisant l'entretien sur les raisons qui conduisent au comportement de consommation plutôt que de mesurer cette consommation. En effet ne pas oublier que le malade qui consomme de l'alcool le fait pour résoudre un problème, il a une bonne raison de boire. C'est en analysant finement cette raison et en la reconnaissant comme bonne que l'on pourra établir une relation de confiance qui atténuera le déni. On pourra s'aider du dessin de la pêche(annexe 1)

Le médecin de l'entraide aura un certain bénéfice à se questionner sur la notion d'empathie qui comporte un piège qui peut aboutir à son épuisement. (13)

Le mot empathie vient d'un élément du latin EN- EM IN-IM qui signifie *dedans*, et d'un élément du grec PATHIA qui signifie *ce que l'on éprouve*. Dans le dictionnaire de psychologie DORON-PAROT, selon Carl ROGERS « l'empathie consiste à savoir avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne ». Mais pour aider une personne il faut comprendre, écouter, humaniser, mais en même temps il ne faut pas trop s'investir et garder la bonne distance (car il faut prendre soin de soi, éviter le stress, l'attachement, l'affectivité). Etre distant c'est se couper de la personne, se mettre à sa place c'est se mettre en fusion, or pour aider

une personne il faut rester distinct : être pleinement soi face à quelqu'un à qui on accorde d'être pleinement lui. La chaleur humaine c'est quand on est ouvert à l'autre, l'affectivité c'est quand on a besoin de l'autre. La chaleur humaine réchauffe, l'affectivité étouffe.

Il faut donc être proche et distinct.

Actuellement de nombreux thérapeutes préfèrent parler d'altruisme qui pourrait être un état mental lié à perception d'un besoin particulier de l'autre accompagné du désir de lui venir en aide. L'altruisme permet de se diriger vers le bien d'autrui parce que je perçois son besoin et non pas parce que je souffre de sa souffrance.

La compassion est une motivation à intervenir face à un autre qui souffre. Aider l'autre car on reconnaît son besoin ultime. Tout être vivant recherche avant tout à éviter la souffrance.

En somme l'empathie est affective et émotionnelle (je ressens votre souffrance), l'altruisme est cognitif (je perçois votre besoin, je vous comprends), la compassion est motivationnelle (je veux vous aider).

Comment établir une relation de confiance ? (13 ; 14)

Toute proposition de changement suscite de la méfiance, si l'intervenant essaie de convaincre il augmente la méfiance qui devient résistance au changement. Il faut instaurer un climat de sécurité : le changement proposé ne peut s'accomplir que dans une certaine protection apportant la sécurité. Proposer une collaboration pour obtenir le changement souhaité, le patient attend du respect, une écoute active et un accompagnement vers le changement. Cette collaboration signifie la mise en commun des compétences et des ressources face au problème. Les ressources du médecin de l'entraide sont : la possibilité d'une aide financière, la connaissance des réseaux de soins spécifiques, et un accompagnement bienveillant et respectueux tout au long de la procédure.

Le secret médical comme allié dans cette relation de confiance.

Le médecin de l'entraide a une double tâche : entraider et vérifier que la sécurité des patients est assurée. Mais c'est au Président du CDOM que revient la décision éventuelle de convoquer le médecin alcoolique devant la formation restreinte. Le médecin de l'entraide doit assurer au médecin alcoolique le secret absolu du contenu de leur rencontre. Tous les éléments qui seront portés à la connaissance du Président du CDOM le seront uniquement par le médecin malade. Le médecin de l'entraide suscitera ce dialogue direct du médecin malade avec le CDOM qui a une nécessité de faire cesser le danger pour les patients ce qui peut éventuellement aller jusqu'à la convocation du médecin malade devant la formation restreinte régionale. Il est important de préciser que seul le médecin malade apportera directement des éléments au Président du CDOM : bulletin de consultation, bulletin d'hospitalisation, compte rendus divers et même éléments biologiques.

Discussion de l'alliance thérapeutique.

Comme le médecin de la commission d'entraide ordinale n'est pas le thérapeute du médecin malade mais collabore avec lui pour le sortir d'une impasse, il paraît difficile de formaliser un véritable contrat de soins à l'image de ce qui se fait en Catalogne. On pourrait discuter d'un

contrat avec le Président du conseil de l'ordre qui précisera les éléments qui lui permettent de ne pas faire appel à la procédure d'expertise de la formation restreinte.

La rencontre entre le médecin de l'entraide et le médecin alcoolique : où quand comment ? L'entretien motivationnel, la reformulation, la congruence et la confiance (14 ; 15)

Il est important de bien se rappeler que le médecin malade est dans une détresse absolue, il est isolé et ressent une culpabilité au fond de lui-même. On aura bénéfice à proposer un entretien dans le cabinet du médecin malade là où il se sent le plus en sécurité. On programmera un entretien au calme d'une durée suffisante. On préférera le début d'après-midi. On posera d'emblée le cadre en externalisant ce qui motive l'entretien : c'est un problème purement professionnel de respect du code de déontologie. Par exemple : « on a signalé au Président du conseil de l'ordre que vous avez du mal à exercer sereinement votre métier de médecin. Le Président du CDOM a désigné un membre de la commission d'entraide pour analyser avec vous directement cette situation avec pour mission d'évaluer les choses et de vous venir en aide. »

« Avant de continuer je dois vous préciser que le secret du contenu de notre entretien est absolu, je ne transmettrai aucun compte rendu, c'est vous qui répondrez directement aux demandes du président du CDOM, je pourrai éventuellement vous aider pour cela ».

« Je dois vous préciser également que mon rôle en tant que médecin de la commission d'entraide est de vous accompagner afin de vous apporter une aide confraternelle dans l'adversité mais aussi de vous éclairer sur les conséquences éventuelles de la situation actuelle sur le plan disciplinaire ».

Afin d'évaluer le niveau de danger de la situation on procèdera par une alternance de questions fermées et de questions ouvertes.

« Êtes-vous d'accord pour dire qu'actuellement vous avez des problèmes à exercer votre profession de médecin ? »

Suivie de « Pouvez-vous me préciser quels sont ces problèmes ? »

La reformulation la plus fine possible, dans l'idéal, aboutira à cerner les trois fractures du médecin alcoolique :

-une situation douloureuse de son passé l'amène à éprouver le besoin d'en éloigner le souvenir de sa pensée. Plus précisément il cherche à soulager sa douleur par la mise à distance de celui qu'il était à ce moment pénible. L'alcool met de la distance en anesthésiant la blessure.

-rupture avec l'entourage, il est devenu insupportable et son entourage le met à distance. Cela s'aggrave car il doit de plus en plus échapper et se cacher aux insupportables conseils, reproches ou jugements des autres,

-rupture avec lui-même : secrètement le médecin alcoolique méprise l'individu qu'il est devenu. Il finit par détester cette anesthésie alcoolique même si elle l'aide à mieux supporter son mal de vivre. Il sent bien que le côté néfaste de l'alcool prend le pas sur le bénéfice qu'il en retire. Mais devenu dépendant, sa volonté est sans effet et il se contente de mépriser celui qu'il est devenu et qui s'est mis à boire : il finit par boire pour oublier qu'il boit.

La technique de reformulation est surtout un état d'esprit.

La reformulation n'est pas une simple répétition de ce qui vient d'être dit. On doit proposer dans cette reformulation ce qu'il y a de plus délicat en termes de reconnaissance, de considération et

d'accompagnement. Il est important que le verbal et le non verbal soient en congruence (ne pas oublier que, dans la communication, le verbal ne représente que 10% du message envoyé et le non verbal 90%). Il faut avoir à l'esprit que seul le comportement d'alcoolisation est à changer, il ne faut pas confondre le médecin (non alcoolique) avec son comportement d'alcoolisation.

La reformulation nécessite une confiance à trois niveaux : quel que soit ce qu'il dit, il a une raison de le dire, cette raison est toujours une zone de manque, ce manque est une chose précieuse qu'il cherche à éviter (pulsion de survie) car la douleur a été trop forte (ce qui est arrivé dans cette zone n'est pas précieux mais ce que lui était dans cette zone l'est et mérite d'être retrouvé, entendu et aidé). La pulsion de vie le rapproche de la zone douloureuse. L'écouter est allié de la pulsion de vie qui rapproche l'écouter de sa raison.

L'écouter doit accepter de ne pas savoir face à l'écouter qui lui seul sait.

On peut utiliser la forme d'une question fermée, d'une affirmation légèrement interrogative. :
Par exemple :

Écouter : « je suis inquiet » avec non verbal explicite indiquant une grande dimension de cette inquiétude.

Écouter : « vous êtes vraiment très inquiet ? »

Autre exemple

Écouter : « je bois »

Écouter : « vous éprouvez fortement le besoin de boire ? »

Le ton exprime à la fois la reconnaissance, l'affirmation et une légère interrogation

Écouter : « oui je ne peux plus m'en passer, je suis vraiment trop mal »

Écouter : « qu'est-ce qui vous fait si mal ? » Sous-entendu en non verbal « si mal que boire soit incontournable pour vous? ».

La reformulation apaise le besoin de reconnaissance de l'autre.

Le premier objectif de cette rencontre est d'arriver à ce que le médecin souffrant décide de lui-même de se faire hospitaliser et d'accepter un arrêt de travail. On pourra lui présenter les nouvelles filières de soins spécifiques dédiés aux soignants. Ces séjours en établissement permettront de réaliser un sevrage dans de bonnes conditions tout en débutant un travail psychothérapeutique qui sera prolongé de façon à analyser et résoudre les raisons qui ont conduit le médecin à consommer de l'alcool.

Il est important de passer du « je ne bois plus parce qu'il ne faut pas » situation de lutte permanente contre un produit qui ne pourra aboutir tout ou tard qu'à une rechute à « je ne bois plus parce que je n'ai plus besoin de l'alcool pour résoudre mes problèmes » situation plus stable où le patient aura résolu les raisons douloureuses qui ont nécessité ses alcoolisations et aura mis en place d'autres méthodes pour gérer les épreuves futures. .

Le deuxième objectif est d'organiser les modalités du suivi afin de s'assurer que la reprise de travail se fait dans des conditions de sécurité suffisantes pour les patients.

Ce suivi devrait s'étaler sur plusieurs années.

L'éventualité d'une rechute doit être envisagée et faire l'objet d'un protocole d'urgence interventionnelle. Préciser qui appeler en cas de réalcoolisation Se rappeler que la réalcoolisation est une éventualité fréquente et doit faire l'objet d'un travail thérapeutique spécifique. C'est une urgence.

C'est le médecin malade qui transmettra les éléments du suivi au Président du CDOM.

Cette rencontre fait l'objet de notes qui résument les éléments qui permettront de répondre aux questions essentielles : y-a-t-il danger pour l'exercice professionnel ? Un arrêt de travail est-il obtenu ? Une hospitalisation est-elle programmée ? Faut-il prévoir une aide financière ? Y-a-t-il besoin d'analyse biologique ou d'un avis d'expert ?

On transmettra le numéro vert de solidarité aux soignants 0800 288 038. Et on fixera la date de la prochaine rencontre.

Lors de la perspective de retour au travail, la question principale est : comment être à peu près certain que la phase dangereuse a pris fin ?

Obtenir directement de la part du malade, des éléments qui nous objectivent qu'il n'est plus dans le déni, qu'il est passé du « je ne bois plus parce qu'il ne faut pas » à « je ne bois plus parce que je n'en ai plus besoin pour résoudre mes problèmes ayant d'autres méthodes pour les résoudre ». (bulletins de situation, de consultation, analyses biologiques, comptes rendus de la part des médecins traitants (addictologues, psychiatres).

DISCUSSION LIMITEES

Ce mémoire est une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour que la rencontre entre l'entraide ordinaire et le confrère malade de l'alcool soit la plus précoce possible et la plus fructueuse.

On a limité volontairement notre réflexion à la maladie liée à l'alcool. Il faudrait l'étendre à d'autres addictions et ce pourrait être le sujet d'un travail complémentaire.

La situation du médecin salarié n'a pas été évoquée : le médecin du travail garant de l'aptitude a, réglementairement, la possibilité de suspendre le médecin salarié alcoolique, de guider ce médecin vers un soin de qualité et d'évaluer la possibilité d'un retour au travail ou non.

Lors de la rencontre avec le médecin malade de l'alcool il y aura d'autres éléments à évaluer : l'épuisement professionnel, le contexte familial, le contexte financier, la permanence de l'activité.

Il faudra également préciser le contenu du contrat de soins à mettre en place et le formaliser.

Un annuaire recensant des structures et des lieux d'hospitalisation dédiés pourrait être utile.

Conclusion

Pour agir le plus en amont possible dans une situation potentiellement dangereuse pour les patients d'un confrère malade de l'alcool le rôle de chaque intervenant est ainsi précisé :

Le médecin malade de l'alcool est avant tout médecin mais il est dans une situation dangereuse pour ses patients, il doit décider de rentrer dans un parcours de soin spécifique en sécurité.

Le médecin de la commission d'entraide établit une relation exemplaire d'entraide confraternelle, respectueuse, et prolongée qui accompagnera le médecin malade tout au long du parcours de soins. Il respectera un secret absolu de cette relation ce qui ne l'empêche pas d'aider le médecin malade à communiquer certains éléments à la demande du Président du CDOM. N'étant pas le médecin traitant, il s'inspirera de l'attitude uniquement préventive du médecin du travail mais sans disposer de la notion de l'aptitude au poste.

Le président du CDOM afin de garantir la sécurité des patients questionnera directement le médecin malade de l'alcool. Si la situation le nécessite, il pourra convoquer le médecin malade et prendre les mesures nécessaires pour assurer cette sécurité. Un contrat écrit d'engagement dans un parcours de soin peut être envisagé.

A partir des réflexions apportées dans ce mémoire nous proposons de construire un programme de DPC destiné aux médecins de l'entraide ordinaire. Cette formation inscrite au DPC pourrait insister sur les points suivants : apports théoriques sur la maladie alcoolique, le déni, les méthodes psychothérapeutiques, travail sur les représentations pour éviter les contre-attitudes délétères, l'entretien motivationnel pour obtenir un changement décidé par le malade, la confiance, la reformulation, la congruence, l'empathie et ses pièges. Des ateliers de mise en situation pourraient familiariser les médecins de l'entraide à cette rencontre avec le médecin malade de l'alcool.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. BONNEAUDEAU. S. Le médecin malade : un patient comme les autres ? Thèse de médecine 2011
2. LHOTE M. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? Thèse de médecine 2011
3. GALAM E. Soigner les médecins malades ; première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres ? Médecine 2013 ;9(9) : 420-3
- 3bis GALAM E. deuxième partie : Quels médecins soignant ? Médecine 2013 ; 9(10) :471-4
4. HAS : « abus, dépendance et polyconsommations : stratégies de soins » recommandations mai 2007 www.has-sant.fr
5. HAS : « objectifs ,indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant » conférence de consensus 1999 www.has-sant.fr
6. DESCOMBEY J-P. Précis d'alcoologie clinique. Paris France DUNOT 1994
7. GACHE P. Prise en charge du patient alcoolodépendant : préjugés et contre attitudes. Med et Hygiene, 2000 SP 1943-1946
8. RUEFF B. les maladies de l'alcool 1995 Paris France John Libbey Eurotext
9. CAPART Y. Le silence de l'addict Research in psychanalysis 22/2016/2 190-198
10. FOUQUET P. Apsychognose Alcoologie et addictologie 2000 22 57s-61s
11. KOZLOWSKI M. du déni freudien à l'psychognose de FOUQUET communication aux médecins du travail 11/06/2009
12. MORALI J. www.conseil-national.medecin.fr commission d'entraide , article 56, formation restreinte

13. AIM P. Ecouter, parler ; soigner « guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants » sciences du soin ESTEM-VUIBERT 2017

14. entretien motivationnel : www.motivationalinterview.org

www.entretienmotivationnel.org

www.entretien-motivationnel.fr/carl-rogers.htm

15. DRAHI E. et LE NOC Y. « l'entretien motivationnel pour les nuls » Diaporama pédagogique de l'UNAFORMEC www.unaformec

Annexes : 1

La première consultation en alcoologie (quatre ou cinq schémas)

*L'objectif principal de ma communication est de transmettre quelques « ficelles » pour l'aider dans une démarche d'**accompagnement** du malade alcoolique (en effet on ne prend pas en charge mais on accompagne le malade de l'alcool).*

De quoi parle-t-on ?

Qu'est-ce qu'un malade alcoolique ?

C'est un malade de l'alcool.

C'est donc un être humain victime d'une relation particulière à l'alcool.

Pour accompagner un malade alcoolique il faut établir avec lui un dialogue authentique et entretenir une relation thérapeutique exemplaire (reposant sur l'authenticité du rapport soignant-soigné : le médecin est là pour éclairer le chemin escarpé que prend le malade mais c'est le malade qui avance à son rythme, qui choisit le sentier, les chaussures ou décide de la durée des pauses, le médecin n'est pas le supérieur hiérarchique ni le donneur d'ordre, il ne prend pas en remorque ni sur son dos mais simplement, par son expérience, il connaît les pièges et les raccourcis et les indique au malade). L'alcool est un produit dont les effets sur l'être humain sont très complexes et surtout très variables selon les personnes. Les effets somatiques de l'alcool ne seront pas abordés car bien connus, les effets psychotropes retiendront toute notre attention.

Je vous propose de vous parler d'une consultation type lorsque j'accueille pour la première fois un malade au centre d'alcoologie.

1-QU'EST-CE QUE L'ALCOOL ?

(Schéma du « café du coin »)

*Pour montrer au malade de l'alcool que l'on a bien compris de quoi on parle il est indispensable de rappeler ce qu'est une boisson alcoolisée et pour cela je réalise devant lui un premier **dessin du « café du coin »**.*

Sur le zinc je dessine à la même échelle un verre de bière (25cl), un ballon de rouge (10cl), un verre de pastis (2cl), un verre de whisky (3cl), un verre de vin cuit (7cl), un verre de champagne (10cl) et un verre de digestif (2cl). Chacun de ces verres contient la même dose d'alcool (12g) et nous avons l'habitude d'évaluer la

DIU soigner les soignants

consommation sur une semaine en nombre d'unité de 12g d'alcool pur. On considère que si l'on ne dépasse pas 28 unités par semaine pour un homme et 14 unités par semaine pour une femme on a peu de risques de développer une maladie liée à l'alcool au cours de sa vie mais certaines personnes présentent une telle fragilité par rapport à l'alcool que des quantités même faibles (10 à 20 unités par semaine) peuvent entraîner une maladie liée à l'alcool.

La consommation de chaque dose de 12g d'éthanol fait monter l'alcoolémie de 0.25g/l chez un homme (0.33 chez une femme) et cette alcoolémie redescend de 0.15 g/l/heure (0.10g/l /heure chez une femme)

2-L'INEGALITE DE CHACUN

(Schéma du « banquet »)

Je dessine le **schéma du banquet** qui explique que les effets psychotropes sont variables selon les personnes. J'invite autour d'une table 10 jeunes âgés de 18 ans et je leur propose de boire un premier verre de beaujolais pour mettre de l'ambiance. Il est 14 heures et nous avons prévu passer quelques heures ensemble. Parmi eux, 7 vont déguster le vin et éprouver éventuellement les effets désinhibiteurs, se resservir un deuxième verre, voire même un troisième et terminer la réunion en ayant l'impression d'avoir passé une bonne après-midi. Le cerveau de ces 7 jeunes réagit de façon neutre avec le beaujolais et à condition de ne pas dépasser une certaine dose variable selon la personne, l'après-midi ne laissera pas un mauvais souvenir. Par contre 2 jeunes vont dès les premières gouttes avalées prendre conscience que ce produit représente un danger potentiel, reposer leurs verres et réclamer un jus d'orange. Enfin 1 jeune va, dès les premières gouttes ingurgitées présenter une telle réaction psychologique qu'il va instantanément perdre sa liberté par rapport à ce produit et se resservir rapidement un deuxième puis un troisième puis d'autres jusqu'à ce qu'il ne puisse plus et il sera incapable de rentrer sans aide chez lui.

A mon avis 30% de la population présente une fragilité particulière vis à vis de l'alcool, heureusement 20% en prennent conscience et se tiennent à distance du produit mais 10% perdent rapidement leur autonomie vis à vis de ce produit. Il faut également signaler que même s'il n'y a pas de fragilité initiale par rapport à l'alcool, une consommation excessive durant un temps suffisamment long aboutit à une perte de l'autonomie à terme.

Ce schéma du « banquet » illustre donc le fait que nous sommes tous **inégaux** par rapport au produit alcool. Ce schéma a le mérite de **déculpabiliser** le consultant en lui indiquant cette fragilité variable d'un être humain à un autre.

Il est faux de dire « un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts » de même qu'il est inexact d'écrire sur toutes les bouteilles de boissons alcoolisées : « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé, buvez avec modération ». Ces messages diffusés très largement sont en contradiction avec la réalité. L'alcool est pour certaines personnes un véritable **poison mortel** même à petite dose. L'alcool peut chez certaines personnes entraîner une **dépendance** très sévère et très rapide. La prise de conscience de cela est difficile pour notre société qui est dans un véritable **déni institutionnel**.

3-LES EFFETS PSYCHOTROPES DE L'ALCOOL ET LA SOUFFRANCE MORALE

(Schéma de « la pêche »)

Afin de montrer au malade de l'alcool qui est devant moi que j'ai compris dans quelle situation il est, j'ai l'habitude de faire le **schéma de la pêche**. Le dessin de ce fruit avec son noyau très solide, sa chair juteuse, fragile, protégée des agressions extérieures par une mince pellicule, illustre l'être humain blessé par les différentes frustrations que la vie lui réserve toujours. Chaque frustration provoque une plaie plus ou moins profonde selon la gravité de cette agression, cette plaie est douloureuse et la prise d'alcool soulage à la manière d'un pansement sur une plaie. Ces frustrations peuvent être par exemple le décès d'un proche, l'abandon ou les violences à enfant telles que l'inceste. La prise de boissons alcoolisées pansera ces plaies, l'arrêt des boissons aura pour effet de retirer ces pansements et la douleur réapparaîtra. De même la prise régulière d'alcool protège la personne des frustrations à venir à la manière d'une boule de coton qui amortira les agressions. En définitive l'alcool est pour le malade son sauveur et toute tentative d'arrêt des boissons est vouée à l'échec puisque après, le malade se retrouve dans une grande souffrance comme écorché vif.

Le thérapeute que je suis s'attachera à montrer au malade que je reconnais l'**utilité salvatrice de l'alcool** dans cette situation mais que pour éviter les complications il sera nécessaire d'envisager l'arrêt de l'alcool. Ceci ne pourra se faire qu'à la condition de repérer la souffrance sous-jacente et d'aider par une psychothérapie adaptée une nouvelle cicatrisation de ces plaies qui cette fois sera de bonne qualité. De même la psychothérapie aura pour objectif d'apprendre au malade à réagir efficacement face aux frustrations à venir. Il n'y a pas d'urgence

DIU soigner les soignants

à arrêter la consommation d'alcool et cela peut même être dangereux si les précautions visant à éviter le delirium tremens ne sont pas prises.

Cette attitude compréhensive du thérapeute permet de contourner le déni du malade qui repose sur le fait qu'accepter l'idée qu'il boit le met en situation de danger mortel si on lui demande d'arrêter de boire donc il vous jure qu'il ne boit pas alors que son haleine vous prouve le contraire.

4-L'ALCOOL EST-IL SOURCE D'ENERGIE PSYCHIQUE ?

(Schéma du « barrage »)

Un dernier schéma me permet de montrer au malade l'effet délétère de l'alcool sur nos ressources en énergie vitale, c'est le **schéma du barrage**. A la naissance nous avons en nous une centrale énergétique comparable à un barrage hydroélectrique qui est alimentée par un torrent d'un certain débit, la conduite forcée située à une certaine hauteur est amorcée. En cas d'urgence une conduite forcée de secours (normalement fermée) est située entre la base du barrage et la turbine. Si de nombreuses frustrations se présentent trop fréquemment il se peut que le niveau d'eau dans la retenue s'abaisse et un jour la conduite forcée est désamorcée. C'est la **dépression** maladie caractérisée par un ralentissement, une angoisse, une humeur triste et des idées suicidaires ou d'incurabilité. Si le malade se met à boire, il a l'impression de retrouver de l'énergie mais s'il s'arrête de boire il en a moins qu'au début. L'alcool ouvre la vanne de la conduite de secours redonne de l'énergie mais contribue à aggraver encore la baisse du niveau d'eau. Si le malade éprouvant ces symptômes dépressifs se présente devant un médecin qui lui prescrit du LEXOMIL, ce produit a le même effet que l'alcool, il aggrave la baisse du niveau d'énergie en donnant l'illusion au malade de l'améliorer. Si par contre le médecin prescrit un traitement antidépresseur le débit du torrent va augmenter et contribuer à remplir le barrage, et réamorcer la conduite forcée qui alimente la turbine. Pour que le barrage soit plein il peut être nécessaire de poursuivre le traitement plusieurs années (6 mois à 2 ans) . Il n'y a pas d'accoutumance ou de dépendance induite par les antidépresseurs sauf en cas de toxicomanie.

Le rôle néfaste des benzodiazépines (objectivé par une augmentation de la mortalité par suicide) a été bien démontré et aboutit à des restrictions d'AMM. En alcoologie il faut limiter l'usage des benzodiazépines à la période de sevrage physique (jamais plus de trois semaines) et utiliser les techniques psychothérapeutiques pour gérer les crises d'angoisse et les épisodes anxieux.

5-L'ALCOOL EST UN SOLVANT DES GRAISSES

(schéma de « la membrane cellulaire »)

Si au cours de cette première consultation il me reste un peu de temps j'en profite pour expliquer au malade pourquoi malgré toute la volonté qu'il met à essayer d'arrêter de boire il n'y arrivera pas sans l'aide des médecins (souvent il a essayé seul de réduire ou même d'arrêter et ce fut un échec d'autant plus douloureux qu'il n'a pu en parler à personne). Je dessine une cellule vivante de notre organisme : c'est un ballon qui contient un noyau et des usines à énergie (appareil de Golgi et mitochondries). Ces usines utilisent des substances qui viennent de l'extérieur à travers la membrane du ballon. Cette membrane est constituée de deux couches de protéines qui sont séparées par une couche de lipides. La présence d'alcool détruisant la couche de lipides augmente la perméabilité membranaire et occasionner les signes de l'alcoolisation aiguë. La cellule va réagir en renforçant cette couche de lipides, la membrane va s'épaissir et devenir moins perméable. A ce stade le fonctionnement de la cellule ne pourra se faire que si l'alcool est présent. Si le malade arrête toute consommation de boisson alcoolisée la cellule va brutalement se retrouver isolée du milieu extérieur et son fonctionnement va s'altérer : cela explique les symptômes de manque qui peuvent aboutir au delirium tremens et engager le pronostic vital du malade. C'est pour cette raison que l'on conseille un sevrage sous surveillance médicale très rapprochée et en particulier on insiste sur la nécessité d'une bonne hydratation et d'un traitement prévenant les crises comitiales.

Ces éléments d'explication de la maladie alcoolique sont très schématiques et peuvent paraître enfantins pour le médecin habitué à une communication plus scientifique mais mon expérience me permet d'affirmer que ces schémas sont un outil puissant pour que la première rencontre avec le malade de l'alcool aboutisse à un début d'alliance thérapeutique.

CONCLUSION

Le médecin qui souhaite améliorer son action par rapport aux malades de l'alcool aura avantage à réaliser un travail sur lui-même à la recherche de l'origine de ses motivations (ce n'est pas forcément compliqué et cela peut se limiter à la participation à un groupe de pairs de type Balint).

Pour améliorer la qualité de sa communication le médecin pourra utiliser des outils reconnus comme ceux de la Programmation Neuro Linguistique ou l'hypnose.

Il est indispensable de réviser quelques connaissances scientifiques en particulier sur les techniques du sevrage, le bon usage des antidépresseurs, le bon usage des benzodiazépines, l'intérêt non encore suffisamment démontré des produits prétendument efficaces.

La participation à un groupe de pairs augmentera la pertinence de l'action psychothérapique et le thérapeute progressera dans sa connaissance des techniques psychothérapeutiques qui s'inspireront des thérapies comportementales, des thérapies familiales et des thérapies psychanalytiques.

Enfin le thérapeute sera attentif à ne pas travailler seul et il pourra recenser dans sa région les différents acteurs professionnels qui s'occupent de ce problème tels que les consultations spécialisées en alcoologie, les services hospitaliers qui réalisent des sevrages et les services spécialisés en alcoologie orientés vers le travail psychothérapeutique.

Résumé