

ALCOOL AU QUOTIDIEN
OU
LE MEDECIN GENERALISTE ET LA MALADIE ALCOOLIQUE

Docteur Jean-Luc GALLAIS

Alcool plaisir, alcool rencontre, alcool défonce,
alcool folie, alcool solitude, alcool fête, alcool oubli ...
le mot est là ... le mot est lâché : alcoolisme.

Ce terme est connu de tous et pourtant méconnu, il
évoque pour chacun de nous des images et des réalités différentes.
Selon notre histoire culturelle personnelle sociale, selon que
l'on appartienne à ce que l'on appelle "le grand public" ou
"professionnels de la santé", la notion d'alcoolisme suscite des
réactions polémiques, politiques, mais le plus souvent passionnelles.

Au travers de 10 années d'expérience de médecin généraliste
sensibilisé précocément à cette facette de la réalité médico-sociale,
une approche différente se dégage.

Pourtant les rencontres de tous les jours, avec les médecins,
avec tous ceux qui sont concernés dans leur exercice par l'incidence
de l'alcoolisation, avec les malades eux-mêmes, tous ces entretiens
attestent de la nécessité de faire connaître un discours différent
de celui qu'expriment les idées reçues.

Idées reçues, idées à rendre ... Dans le domaine de la
pathologie liée ou aggravée par l'alcool, beaucoup reste à faire.
Mais, contrairement à d'autres sujets, il ne s'agit pas d'informer
mais de désinformer dans un premier temps, cette étape étant
indispensable pour que peu à peu les aspects de la maladie alcoolique
apparaissent.

Ce chemin est lent, et cette lenteur est nécessaire.

Peu à peu la façon de voir change, des convictions nouvelles apparaissent, convictions argumentées alors non plus sur des "on dit", sur des "Y-a qu'à", sur des "il faudrait", mais sur la découverte de patients et de leur histoire, sur la connaissance de leur trajectoire, sur ces bouts de chemin communs au patient et au médecin que suppose la relation thérapeutique.

Ces années ont été pour moi l'occasion de découvertes. Découverte de l'ignorance (même quand elle est partagée ...), découverte d'une maladie polymorphe qui chaque jour nous contraint à la réaborder avec des yeux neufs, en effet ceux qui en sont les premières victimes, les malades eux-mêmes, ne sont jamais les mêmes et échappent à la caricature qu'on voudrait en faire.

Quels sont les points-clés qu'un généraliste s'occupant d'alcoologie souhaite transmettre ? Plutôt que de proposer une "conduite à tenir devant ..." attitude qui n'existe pas, c'est souvent par l'apprentissage de ce qu'il n'est pas souhaitable de faire que l'expérience commence.

Au travers des histoires suivantes, au travers de ces instantanés de la pratique quotidienne, la trame de la maladie apparaît, un fond commun se dégage, le fil rouge est là : l'alcool.

Monsieur D...

C'est sa femme que j'ai rencontrée la première en 1977 à l'occasion du renouvellement d'un anti-dépresseur que nécessitait son état. Le conflit conjugal et l'alcoolisation de son mari furent l'objet de notre entretien. Je proposais alors à Madame D. Les coordonnées d'une association d'anciens buveurs et lui faisais savoir que la maladie alcoolique se traitait et que je restais à la disposition de son mari. Six mois passèrent avant qu'un épisode broncho-pulmonaire ne motive la première consultation de Monsieur D. Patient intelligent, il est déjà marqué physiquement par l'alcool, et sa gastrectomie pour ulcère n'est que l'une des péripéties de sa vie médicale. En quatre ans, il va faire une tuberculose au traitement problématique, une polynévrite évolutive, sa femme quittera le domicile familial, succédant de peu au départ dans des conditions difficiles de sa fille. Monsieur D. décompensera un état dépressif latent. Le chômage vient compliquer cette situation, des accès de colère de Monsieur D. ne faciliteront pas ses relations avec sa famille et son entourage et donneront lieu à plusieurs reprises à une fréquentation judiciaire.

Il faudra tous ces événements, trois ans de consultations régulières et d'explications pour que Monsieur D. vienne un jour me demander de lui prescrire cet ESPERAL dont nous avons souvent parlé. Sevré, son état général s'améliore, malgré quelques rechutes il continue sa prise d'ESPERAL et son abstinence prolongée lui permet de reprendre des contacts avec sa femme. C'est la situation actuelle en 1982.

En 1977, le problème de l'alcool a été abordé, dès notre première rencontre. Il a été l'objet de discussions, mais pas de conflit. L'essentiel était de permettre à Monsieur D. de revenir quel que soit le motif, car il n'était pas culpabilisé. Il refusera le sevrage total disant que sa réduction de consommation était déjà considérable, en fait il ne croit pas au début à la nécessité d'une abstinence totale.

Bien souvent, l'illusion de pouvoir continuer à boire un peu est partagée par les malades, le grand public, et également le corps médical. C'est la rencontre avec des buveurs guéris et l'expérience

de l'échec à court terme de la persistance d'une consommation de boissons alcoolisées qui font que peu à peu en tant que médecin, on acquiert la conviction de la nécessité d'un sevrage total et définitif.

Boire de façon "raisonnable" quand on est devenu malade alcoolique, c'est-à-dire dépendant de l'alcool, est le premier piège dans lequel médecin et malade ne doivent pas tomber.

La logique et la raison n'ont rien à voir dans ce processus qui fait que celui ou celle qui reboit "ne peut s'arrêter après le premier verre". La méconnaissance de ce phénomène explique bien des rechutes.

Pourtant, tout le monde reconnaît sans difficultés la nécessité de ne pas "reprendre une cigarette" quand on est un ancien fumeur sevré.

Pour Monsieur D. comme pour les autres malades sevrés, il n'y a de solution que dans l'abstinence, et le cap des fêtes de fin d'année et des réjouissances familiales sans alcool est un des premiers obstacles à franchir : la tentation est là ainsi que la pression du groupe social ... et il faut bien des raisons pour ne pas prendre le verre que l'on vous tend. Le statut d'"ancien buveur" n'est pas encore auréolé comme celui d'ancien fumeur...

Monsieur J.

Il est venu sur les conseils d'un phlébologue, son état général rendant peu souhaitable des soins dans ce domaine.

Ajusteur au chômage depuis trois ans, il accepte sans difficulté l'explication de son intolérance actuelle à l'alcool. Le sevrage ambulatoire se passe sans difficulté, l'appétit réapparaît, les nausées matinales ont disparu, son entourage familial est heureux de la disparition de ses fréquentes colères. Cinq mois plus tard il revient à l'occasion d'une rechute. Il est culpabilisé, et "surpris que je ne l'engueule pas". Une reprise en charge régulière, un nouveau sevrage, une kinésithérapie pour faciliter la récupération d'une force musculaire mise en péril par sa polynévrite, tout cela donne lieu à l'amélioration de son état. Ce mieux être lui permet de reprendre alors une activité professionnelle. Deux ans sont passés depuis, je suis devenu le médecin traitant de Monsieur J. puis de sa femme et de sa fille.

Monsieur J. fera l'essai de l'arrêt de l'ESPERAL et d'une "consommation raisonnable" de vin en mangeant : c'est l'échec et c'est l'augmentation rapide des doses ingérées.

C'est par l'intermédiaire de sa fille que j'apprends sa rechute et que la reprise de contact se fait. Nouvelles explications, si ce n'est explications nouvelles. Et nouveau sevrage selon des modalités qu'il connaît bien.

Le rôle de l'entourage familial est là essentiel et la place du médecin généraliste permet en connaissant différents membres du groupe familial d'adapter ses choix et ses propositions thérapeutiques. Dans le cas présent c'est évident. Mais il faut parfois accepter la rupture avec certains membres de la famille. En effet, dans certains conflits et dans les conflits conjugaux en particulier il est difficile de rester le médecin traitant des deux époux à la fois et la qualité de la relation thérapeutique, sa crédibilité, l'efficacité passe par la non consultation de "l'autre". (C'est typiquement de le cas n° 1, Monsieur D.).

Mademoiselle S. C.

Elle a 34 ans quand elle vient parler de ce qu'elle a découvert peu à peu. Sa façon imperceptible de se servir de l'alcool quand elle est seule, sa difficulté à arrêter quand elle a commencé. Célibataire, cadre dans une entreprise, rien n'évoque dans son aspect extérieur calme et sa présentation élégante, le moindre symptôme de maladie alcoolique. Pourtant un problème d'insomnie ancien et des difficultés d'entrer en relation avec les autres, font que depuis cinq ans, elle voit toutes les semaines, un psychothérapeute. Depuis l'âge de 18 ans, elle gomme une partie de ses difficultés avec l'alcool. Le plaisir gustatif et la convivialité sont les seuls aspects qu'elle laisse apparaître à son entourage professionnel.

Le sevrage se fera simplement. La reconnaissance du rôle du corps et de la parole fera que les consultations de médecin générale et leur travail psychothérapique se dérouleront de façon parallèle et complémentaire.

La prise en charge de façon conjointe avec des psychothérapeutes, avec des associations d'anciens buveurs, ou avec des travailleurs sociaux, montre le polymorphisme de la maladie alcoolique et la nécessité d'abord différents et simultanés, et sans que cela n'aboutisse à un morcellement supplémentaire et ne nuise à la qualité de la relation thérapeutique.

La place du médecin généraliste au carrefour des champs organiques, psychologiques et sociaux en font un interlocuteur privilégié quand sa formation lui a donné les moyens de répondre à ce type de consultant.

Mademoiselle S.C. se plaint d'une lombalgie pour laquelle il y a quelques années on lui a prescrit de façon transitoire un lombostat. Cette prothèse existe toujours et elle s'en sert de façon itérative. Ce soutien qu'elle recherche dans tous les sens du mot, elle le trouve aussi dans la prise d'alcool. Il faut donc l'aider à lui permettre de marcher, d'avancer sans l'un ni l'autre : c'est d'ailleurs sa demande.

Monsieur V.

Monsieur V. à 43 ans lors de notre première rencontre. Il a pris rendez-vous sur les conseils de son employeur et du médecin du travail. Ce chauffeur de poids-lourds vient pour "cure de désintoxication". Il a déjà fait plusieurs séjours en institutions en maison de cure, en hôpital psychiatrique. L'ancienneté et l'importance des troubles de la personnalité sont évidents. Le fait qu'il soit généralement sous l'effet de l'alcool en consultation rend difficile l'analyse.

Le contact est bon, pendant plusieurs mois Monsieur V. viendra avec ou sans rendez-vous, et bien qu'en état d'ébriété, il continue de venir parlant de sevrage, d'ESPERAL et du désir de changer de situation.

Après quelques semaines d'essai de sevrage en ambulatoire, une courte hospitalisation est planifiée pour permettre la rupture totale avec le milieu ambiant.

Mais cette tentative ne change rien, la situation de Monsieur V. reste la même.

En dix mois, il est venu dix fois en consultation. Son alcoolisation est inchangée apparemment, mais une relation de confiance est instaurée. Pour l'instant je ne fais aucun pronostic optimiste ou pessimiste le concernant. J'attends ...

Monsieur V. ^{est} comme de nombreux malades alcooliques, l'entourage professionnel est tolérant. La demande de cure de désintoxication était la demande initiale de ce patient.

L'expérience de la prise en charge avec sevrage ambulatoire des malades montre la nécessité de relativiser cette approche. Derrière cette formulation s'exprime parfois le désir des médecins ou de l'entourage du consultant de déplacer en d'autres lieux et avec d'autres interlocuteurs l'abord du problème : c'est le rejet à minima.

Pour le patient, c'est le fantasme du lieu protégé, lieu

.../...

où il sera "lavé" de tout, passé et présent seront oubliés, l'avenir sera différent. Ce sera le renouveau. Là encore ce changement viendra de l'extérieur. Mais la réalité est autre, et le retour dans la vie de tous les jours sera d'autant plus ardue que la croyance initiale aura été grande. La notion de cure avec méthode comportementaliste de dégoût ne me semble pas une nécessité. Par contre des séjours dans des institutions de sevrage ou de post-sevrage permettent selon la situation psychologique, sociale, ou l'altération de l'état général, une coupure transitoire du milieu. Cette étape permet au malade de se retrouver, et de préparer le retour à la vie quotidienne. Il est indispensable d'expliquer aux rares patients qui feront ce chemin, l'intérêt et les limites de ce qui ne doit plus être appelé la cure de désintoxication.

Il est indispensable de se désintoxiquer de cette appellation et ce, ne serait-ce que pour ne pas entretenir son mythe ...

Madame R.

Elle a 32 ans, ses whisky sont multi-quotidiens, ses mains tremblantes, son visage bouffi, et sa présentation masculine notée dès le premier entretien.

Depuis l'âge de 25 ans, elle a connu l'usage de la cocaïne et autres stupéfiants, fait une Hépatite virale et une embolie pulmonaire, a un fils de 5 ans et un mari chef d'orchestre dont elle vient de se séparer. Le sevrage ambulatoire n'est pas facile et le contexte rend un séjour en post-cure indispensable. La rechute est rapide, les éléments dépressifs nets, les problèmes non résolus réapparaissent, l'homosexualité latente, l'ESPERAL prescrit et acheté n'est pas pris.

Là encore, l'aspect alcool n'est que l'un des éléments d'un puzzle compliqué, mais si le sevrage n'est qu'un des moyens, il permet de faire le point sur une situation, et de le faire dans de meilleures conditions de lucidité et d'analyse.

Ainsi, souvent des manifestations dépressives masquées par l'alcoolisation vont apparaître dans les semaines suivant l'abstinence. Chez l'homme comme chez la femme, des troubles de la sexualité vont surgir ou resurgir : on retrouve sa ou son partenaire sans l'alcool, c'est la fin d'un trio.

Le malade alcoolique est souvent fragile, sa tolérance aux situations de frustration et aux déplaisirs réduite. L'intrication alcoolisme - dépression est évidente, chez l'homme en particulier, il apparaît souvent comme un équivalent, l'alcool masquant la dépression.

Certains malades peuvent apparaître comme semblables en période aigüe d'alcoolisation, répondant ainsi à la caricature de "l'alcoolique". Ils ont cette pseudo-uniformité des paysages inondés ; mais avec la décrue, le sol, le relief, les inégalités de toutes sortes méconnues jusqu'alors vont réapparaître.

.../...

Chaque jour les malades et leurs trajectoires différentes attestent de la diversité des situations, diversité qui nécessite à chaque fois des abords différents.

C'est le renoncement à "la conduite à tenir" ...

Monsieur D. M.

Monsieur D.M. est né en 1945. Il a été jardinier, plongeur, chômeur, agent hospitalier ...

L'alcoolisation fait partie de sa vie quotidienne. Isolé sur le plan affectif, systématiquement rejeté par son entourage, il est difficile de faire la part des éléments caractériels et de son angoisse permanente.

Depuis cinq ans, il va d'hôpital en cure, avec rechutes répétées, à chaque fois qu'une difficulté apparaît dans sa vie, il reboit.

Au travers d'une logorrhée il explique sa cancérophobie, son désir d'être accepté par les autres, celui d'être aimé. Pourtant les situations d'échec se reproduisent. Il exprime nettement ses sentiments en période d'abstinence : *"Je suis malade depuis que je me soigne"*, *"Je déprime depuis l'arrêt de l'alcool"*. Monsieur D.M. a utilisé l'énergie de nombreux médecins, de nombreuses assistantes sociales. Il a tout fait et continue à tout faire pour être rejeté et il réussit par l'être. Quelle est la réalité de sa demande ? En consultation, il ne vient pas aux rendez-vous pris, il vient "en urgence", il consulte par téléphone plusieurs fois par semaine. Il joue sur le désir du médecin de l'aider à franchir ses passages difficiles. Cette situation est caractéristique des limites dans l'action thérapeutique médicale, médico-sociale même. Il est bon que cette réalité soit réaffirmée. L'état d'équilibre le plus souhaitable de Monsieur D.M. est-il celui des périodes d'alcoolisation ? Ce patient fait partie de ces nombreux malades alcooliques pour lequel le phénomène alcool n'est que la partie visible de l'iceberg. Mais dans ses demandes réitérées de disponibilité, d'aide répétée, ce patient est le témoin de nos limites. Il nous contraint à l'apprentissage de l'acceptation de l'échec médico-social.

Mais la maladie alcoolique n'est pas la seule affection qui nous impose ce type de frustration ... !

Monsieur F.

Monsieur F. avait 53 ans quand pour un problème initial de lombalgie nous allions parler de son état général, et de l'effet régulier de l'alcool sur son organisme.

Sous-directeur de banque habitué aux repas d'affaire, il se découvrira concerné par l'alcool et ses effets. La relecture de "CHECK UP" permet de découvrir les commentaires faits quelques années auparavant : OENOLISME, c'était l'un des diagnostics portés ... sans que l'on "lui ait parlé du problème".

Tout se passera sans difficultés, sevrage, habitudes nouvelles... et amélioration de la situation.

J'avais oublié ces antécédents de maladie alcoolique chez Monsieur F. Pour moi, il est actuellement un patient retraité, artéritique ayant arrêté de fumer depuis trois ans et amateur de vélo.

Cinq ans après son arrêt total et définitif de boissons alcooliques, trois ans après son sevrage tabagique, un cancer du larynx vient nous rappeler les complications à long terme de cette double intoxication.

Il est fréquent de constater cette association et cette situation pose un problème de choix, en effet tout désir de sevrage tabagique isolé est problématique car il s'accompagne presque systématiquement de l'augmentation de l'alcoolisation.

Si un symptôme peut en cacher un autre, un toxique peut en révéler un second, et c'est par le problème d'alcool qu'il est souhaitable de commencer ... après explication au consultant.

Plusieurs années de pratique personnelle, de consultation "anti-tabac" m'a permis de vérifier cette réalité.

.../...

Le sevrage tabagique de Monsieur F. ne s'est-il pas fait d'ailleurs deux ans après.

Mais ce patient aussi nous montre également que le diagnostic comme souvent a été fait depuis longtemps mais qu'il n'a pas été expliqué.

Le statut social de Monsieur F. le préservait-il de ce diagnostic ? La pratique quotidienne atteste que la maladie alcoolique n'épargne aucune catégorie sociale et cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Nous sommes loin de l'image de l'homme de la cinquantaine pilier de bar aviné et titubant, image rassurante, lointaine, ne nous concernant pas.

Monsieur H...

Monsieur H. a 35 ans. Il vient de décider en urgence de se faire hospitaliser pour "cure de désintoxication". Il le fait pour éviter le divorce que sa femme envisage s'il ne se soigne pas. Au cours de son hospitalisation, il rencontre les membres d'une association d'anciens buveurs "VIE LIBRE". C'est accompagné par l'un d'eux que je le vois la première fois.

Après les premières explications de sa maladie et de sa dépendance, tout va se passer sans difficulté particulière. Sevré, mis sous ESPERAL, ses 30 canettes de bière quotidiennes paraissent lointaines.

Pendant quelques mois, il vient régulièrement faire renouveler son ESPERAL. J'apprends ainsi que l'un de ses frères vient de suivre son exemple "en se faisant désintoxiquer", j'apprends aussi l'alcoolisation importante et chronique de sa mère.

A sa demande, un an après son sevrage, nous négocions l'arrêt de l'ESPERAL. Il conservera chez lui l'ordonnance et ce tube vert au cas où... Six mois après notre dernière rencontre, Monsieur H. reviendra en urgence accompagné de sa femme : c'est la rechute. Depuis une semaine, il reboit de l'alcool et constate l'augmentation rapide et incontrôlée des doses. Ce moment est un moment-clé. En effet, chaque malade alcoolique sevré doute de la réalité du discours médical sur la dépendance et sur l'impossibilité de reboire un peu. Les anciens malades alcooliques guéris de longue date, après plusieurs rechutes, connaissent bien eux le mécanisme du premier verre et de ceux qui suivent.

La rechute sera l'occasion de vivre pour Monsieur H. l'expérience de sa dépendance définitive et la nécessité d'une abstinence totale. C'est la preuve par l'expérience.

La plupart des malades alcooliques passent par ce chemin. C'est pourquoi il est indispensable d'évoquer la rechute possible aux patients sevrés depuis quelques semaines ou quelques mois. Ainsi ils pourront mieux la maîtriser, ils pourront consulter rapidement et ne pas majorer la culpabilisation qui les empêcherait de reprendre

contact avec le médecin ou une association.

La rechute fait partie de l'évolution normale de la maladie alcoolique traitée. Les médecins n'ont pas à se sentir déçus, désappointés, ou rejetants devant celui ou celle qui vient de reboire.

Monsieur H. est à nouveau sevré, il reprend de l'ESPERAL, il a même renoué avec l'association VIE LIBRE, ce qu'il ne souhaitait pas faire quelques mois auparavant "car cela lui rappelait sa maladie et qu'il n'avait pas besoin de l'aide du groupe, sa famille faisant bloc autour de lui". Ce patient est jeune, il conserve une insertion sociale et familiale solide et son alcoolisation était celle du buveur d'habitude, devenu buveur excessif puis dépendant. Toutes ces étapes se sont faites en silence ... ou plutôt sans être entendues et expliquées. Pour qu'une rémission prolongée devienne guérison, il faut à la fois une longue période d'abstinence, des entretiens répétés, c'est-à-dire des explications répétées. Le terme "guérison" peut alors être employé même s'il est lié à la non consommation définitive de boissons alcoolisées.

Madame A. M.

Madame A.M. est venue un jour parler d'emblée d'alcool. Son dossier médical contient de nombreuses informations et de nombreuses plaintes. Elle va parler pour la première fois de cet alcool qu'elle ne peut pas ne pas boire pour s'endormir, cet alcool désinhibiteur qui lui est nécessaire pour affronter la vie quotidienne. Mariée à un médecin, divorcée il y a dix ans, elle va retrouver différents compagnons à la fois médecins et consommateurs d'alcool, avec lesquels elle ne pourra jamais aborder ce problème. Depuis des années, elle sait ce qu'il se passe. Ce n'est pas la première fois qu'elle souhaite en parler.

Cette fois, ça y est, "elle s'est jetée à l'eau" et elle a pris rendez-vous ... et elle est venue. Elle a mis huit mois pour se décider et a conservé mes coordonnées car on lui avait dit que "je m'occupais de problèmes d'alcool".

Madame M. est venue parler de l'essentiel et elle l'a fait dès la première fois. Cette situation n'est pas la plus fréquente car souvent, au travers des consultations de médecine générale, la pathologie liée ou aggravée par l'alcool sera méconnue, dissimulée, niée souvent.

Indépendamment du ou des motifs de consultation qui ont conduit à nous ces patients, le médecin est face à un schéma fréquent : le consultant sait que sa situation est liée à l'alcool, le médecin le sait ou ne le sait pas.

Le consultant ne sait pas que la situation est liée à l'alcool, le médecin le sait ou l'ignore également.

Les éléments en cause ne permettant pas d'en parler sont nombreux : la notion d'alcool-vice, la culpabilisation de

.../...

l'alcoolisme féminin, les idées d'incurabilité, les résistances sociologiques les plus diverses, un discours médical inadapté, rien ne facilite l'arrivée du moment où l'alcool est nommé, identifié, et où les propositions thérapeutiques décidées ensemble peuvent être faites.

Ce face à face est celui de nos difficultés, de nos idées reçues, de nos à priori, de notre inconscient collectif qui fait que les difficultés sont là. Que va-t-il se passer ? Faut-il aborder le sujet de front ? Va-t-on parler de l'alcool ? Qui en parlera le premier ? Qui souhaite en parler ... ou ne pas en parler ... C'est le moment de l'explication mais va-t-on le faire maintenant ? Remettre à plus tard ? Ou jamais ? Et comment le dire ? Comment éviter le déplaisir de cette annonce, de ce diagnostic ? Toutes ces difficultés sont-elles dues au médecin ou au patient ? La réalité de la pratique de l'alcoologie quotidienne montre que la difficulté ne se trouve pas là. Le plus souvent, les malades savent ce qu'il se passe et dans le plus grand nombre de cas, au moment où l'explication est donnée au patient, celui-ci se révèle être soulagé car nous sommes en face du problème et que nous acceptons de le regarder, de l'aborder, d'en parler et tout cela pour essayer de le résoudre.

Monsieur P.

Il a 29 ans, je connais bien son père hypertendu et obèse, sa mère qui a une cirrhose. Lui est peintre et c'est une lombalgie liée à une surcharge pondérale qui sera le motif de sa venue. Le bilan de ses habitudes alimentaires met en évidence une consommation de bière qu'il juge normale mais qui donne déjà lieu à des troubles lipidiques, glucidiques et uricémiques. Des gammas GT à 300 confirment l'impression clinique.

Cette situation est d'une banalité extrême. C'est celle où on est amené à expliquer à un consultant le lien existant entre un ou plusieurs symptômes et une consommation de boissons alcooliques régulière mais excessive.

La notion de tolérance à l'alcool est là avec le fait qu'un individu ingère plus que ce que son organisme ne peut assimiler sans apparition de complications. Ce sont ces explications qu'il faut donner à ceux qui ne sont encore que des buveurs d'habitude, sans que la dépendance soit encore installée. Le rôle du médecin est alors celui d'un informateur qui vient de constater le lien de causalité entre l'alcool et une pathologie. Ce discours est le plus souvent compris et le test que représentent les modifications cliniques ou biologiques à l'arrêt de l'alcool vient à postériori confirmer cette analyse. Le doute qui pouvait subsister pour le patient s'estompe. Il est essentiel qu'aucun médicament dit hépatotrope, hypolipémiant, ou hypouricémiant, ne soit prescrit car bien des malades se serviraient de leur présence sur une ordonnance pour évoquer leur efficacité ... et non pas celle du sevrage. Parfois le caractère démonstratif de l'état "avant" et "après" le sevrage est aussi nécessaire pour convaincre les professionnels de la santé que nous sommes.

Certaines notions sont difficilement admises en particulier celles de l'abstinence totale et définitive comme étant la seule voie possible pour les malades devenus dépendants. Le cautionnement médical, l'acceptation du fait qu'il est possible de boire "un peu" explique de nombreuses rechutes dues au verre de champagne de fin d'année, à celui des fêtes et des épisodes de la vie sociale.

.../...

L'explication de cette inégalité des comportements des malades alcooliques devant l'alcool sera admise que peu à peu. C'est la répétition de ces mêmes explications au cours des consultations qui jalonnent la prise en charge de malades alcooliques qui permettra celui-ci de comprendre et d'agir en conséquence.

Ces quelques malades sont-ils représentatifs de la maladie alcoolique telle qu'elle se présente à un généraliste ?

D'autres le sont-ils plus ? Ceux de l'alcoolisation évidente ou non, ceux de l'hypertension dépistée en médecine professionnelle, ceux de l'accident du travail à répétition, ceux des dyslipémies, ceux des gastralgies à la bière, ceux des bilans systématiques de la sécurité sociale, ceux que l'on ne voit jamais mais dont les conjoints nous parlent en consultation, oui tous ceux là auraient pu être l'objet d'analyse.

Mais quels qu'ils soient, ils sont la preuve de la diversité des stades et des degrés différents de difficultés à résoudre.

Tous les stades d'intervention sont réunis : démarches de prévention primaire secondaire ou tertiaire, démarches d'éducation ou démarches d'information.

Selon le ou les motifs de consultation du malade les occasions ne manqueront pas de diagnostiquer, d'aborder, d'expliquer, de traiter les affections liées ou aggravées par l'alcool. Mais la formation médicale est celle où on apprend volontiers des schémas : la tuberculose est liée au bacille de Koch, et le rhumatisme articulaire aigu au streptocoque. Leurs traitements seront donc étiologiques.

A quoi est due la maladie alcoolique ? Quel est l'agent causal ? Plutôt quels sont-ils ? Biologiques, sociaux, psychologiques ?

.../...

Et quelle est la composition du "cocktail thérapeutique"?

Quel est le point commun entre Mademoiselle M.F. qui dit "Je ne bois pas pour le goût, je bois pour l'effet, c'est surtout soif d'absolu" et Madame T. serveuse de bar qui elle boit "pour le goût" ?

Entre l'alcool aliment et l'alcool anxiolytique y a-t-il une frontière ? Ces interrogations sont indispensables, mais elles ne doivent pas être un frein à l'action.

La pratique de la médecine générale est basée sur l'intégration consciente et inconsciente de multiples éléments d'un puzzle fait d'éléments organiques psychologiques et sociaux. C'est pour cela que la maladie alcoolique est le champ d'intervention privilégié du médecin généraliste. La maladie acceptée comme telle prend sa place dans le domaine de la pathologie quotidienne. Des étapes différentes jalonnent son abord :

1° - L'étape de reconnaissance de la maladie au travers ses multiples symptômes ;

2° - L'étape d'explication, d'information et bien plus encore de désinformation ;

3° - L'étape de la confiance et de la disponibilité dans une relation véritablement contractuelle ;

4° - L'étape de la découverte de l'intérêt de l'ESPERAL ou du DTT, B3, B4, garde-fous, béquilles, support de la relation, bon objet, et ... motif de consultation ;

5° - L'étape du pragmatisme où on accepte d'aborder une maladie en ignorant souvent les éléments clés de sa genèse. Ces malades guéris, abstinents de longue date, j'ignore souvent ce qui les faisait boire mais j'ai appris plus souvent encore avec eux pourquoi ils ne boivent plus ;

.../...

6° - Etape de la conviction pour le médecin comme pour le malade de la réalité de la "guérison".

Toutes ces notions apparues au fur et à mesure de l'expérience, expérience vécue ou expérience transmise ne sont pas aujourd'hui des réalités reconnues comme des évidences. L'alcool et ses tabous sont là, la reconnaissance est lente.

L'action du médecin généraliste permet l'accélération de ce processus, car il est au contact de l'individu, dans son groupe social, et ce dans une relation de longue durée.

Sur le plan thérapeutique cette maladie polymorphe nous contraint à adopter et adapter nos comportements, succès ou échecs, la connaissance progresse, et quand les limites de l'action individuelle du médecin généraliste seront atteintes la co-prise en charge avec le secteur social, avec les associations d'anciens buveurs, ou avec les structures spécialisées vient assurer à la fois une plus grande cohérence et une plus grande efficacité à cette chaîne thérapeutique dont la fonction est de désaliéner le malade de son toxique. Le développement d'une alcoologie de terrain et le nombre croissant de médecins généralistes consultants de C.H.A. attestent de la qualité et de l'intérêt du "maillon généraliste". Mais la maladie alcoolique n'est-elle pas l'illustration des caractéristiques de la médecine générale en étant à l'intersection des champs médico-psycho-sociaux !

OCTOBRE 1982

Dr J. Luc GALLAIS
Prix "d'Alcoologie de Terrain" 1982
décerné par le Comité de Réflexion
sur l'Alcoolisme et la rédaction
du "Généraliste"

BIBLIOGRAPHIE

- C. PINA " REFLEXIONS SUR LA TOXICOMANIE ET L'ALCOOLISME"
Revue du Praticien 1982 - 32.37 p.p. 2465 - 2472
- M. POUDEROUX " MADAME P. ALCOOLIQUE"
Revue de la S.M.F.G. N° 3 Juin 80 pp. 19 - 21
- J. MASQUELIER " L'ALCOOL ALIMENT OU DROGUE"
G.M.F. n° 27 du 22 Septembre 1972
pp. 4467 - 4470
- P. KIRITZE-TOPOR " UN TRAIN PEUT EN CACHER UN AUTRE "
Le généraliste N° 382 - 27 Juin 1981
- Y. PELICIER - J.C. ARCHAMBAULT "LE BUVEUR ET SES MILIEUX"
La Vie Médicale - 4 - 1978 - Février 1
- RICHARD SMITH " LE TRAITEMENT DES PROBLEMES DE L'ALCOOLISME"
MYTHE ou REALITE
British Medical Journal - Vol. 283
n° 6298 du 17.10.81
- B. WOIMANT " LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME,
LUTTE EFFICACE OU STERILE "
Concours Médical 28.06.80 - 102.26
pp. 3989 - 3995
- L. CHARPENTIER " TOUTE HONTE BUE "
Denoël / Gonthier 1981
- J.P. FRESCO " L'ALCOOLERGIE" 1981 (Doc. personnel)
- J. BUISSON " LE MEDECIN GENERALISTE ET LE
PATIENT BUVEUR EXCESSIF"
Revue de la S.F.M.G. n° 3 Juin 80
pp. 2 - 5
- E. CHAINTRON " L'ALCOOL ET LES JEUNES "
Suppl. du Praticien n° 424 du 23.3.1982
- D. BARRUCAND " LA CURE DE DESINTOXICATION "
- Alcoologie 1981 - rayons laboratoires
- J.N. MICHE " ETRE MG dans un C.H.A., C'EST ETRE
DISPONIBLE AVANT TOUT"
Le Généraliste n° 371
Mercredi 20 Mai 1981
- D. CUSIN " L'ALCOOLISME ET LA FEMME"
L'Inter Courrier n° 3 - 1982

- M. LECOURT " DU SYMPTOME SEXUEL A LA MALADIE DU COUPLE"
Panorama du Médecin n° 1403 - 1.4.1982
- P. GIROUD " L'ALCOOLISME AU FEMININ"
Vie et Santé - Mars 1980
- M. FONTAN " L'ALCOOLISME AU FEMININ"
Concours Médical 20.11.1971
- J. ADES " L'ALCOOLISME DE LA FEMME"
Psychiatrie du Praticien - 11 - 1981
- MORINIERE " ELLES BOIVENT PARCE QU'ELLES
N'ONT JAMAIS EU "
Le Généraliste n° 348 -
Samedi 28 Février 1981
- J.C. ARCHAMBAULT - Y. PELICIER
" DU BUVEUR A L'ALCOOLIQUE"
Les Essais de Classification
La vie Médicale 4.1978 - Février 1
- Y. FORTAT " ALCOOLIQUE : QU'ATTENDENT-ILS
DU MEDECIN ? "
Le Médecin de France n° 219 Oct. 1980
- P.M. DOUTRELANT "ALCOOL : LE MAL FRANCAIS"
Le Nouvel Observateur N° 515
du 21 au 27 Juin 1980
- M.F. DELORME " DEFINITION ET CLASSIFICATION
ETATS ALCOOLIQUE"
Alcoologie 1981 - rayons laboratoires
- J.N. MICHE " UN HOPITAL GENERAL ET LA
MALADIE ALCOOLIQUE"
Thèse de Médecine - 1974
- J. VIALA- ARTIGUES " LES ALCOOLIQUE ET NOUS
LES GENERALISTES"
Revue du Praticien n° 337 - Janv. 1980
- R.M. HAAS " ROLE DU MEDECIN PRATICIEN DANS LE
TRAITEMENT DE MALADES ALCOOLIQUE
ET PREMIERE CONSULTATION "
Revue du Praticien n° 337 - Janv. 1980
- M. FONTAN - J.M. PIQUET " L'ALCOOL ET LA FEMME"
Perfectionnement du Praticien
n° 336 - Janv. 1980
- D. PLAYOUST " QUESTIONS SUR LE BUVEUR EXCESSIF "
Doc. Haut Comite d'Etude et
d'information sur l'alcoolisme

- A. ASCHER - F. GONDOLO - G. WERQUIN
" ELLE BOIT "
Texte de Film - Coproduc. C.N.D.C.A.
et Riom Laboratoires

- D.F. DRUM - P.A. GOLDMAN - C.B. JANKOWSKI
" ELEVATION OF SERUM URIC ACID AS A
CLUE TO ALCOHOL ABUSE "
Arch. Intern. Med. 1981 - 141 -
477 - 479 -

- O. BRAUDELIER " UN LIEU POUR LE TRAITEMENT DE
ALCOOLIQUE PAR LE GENERALISTE"
Panorama du Médecin n° 1512
Vendredi 12 Octobre 1982