

ADDICTIONS ET EXERCICE MEDICAL

D' Henri GOMEZ
Toulouse

J'ai été très sensible à l'invitation de Jean Thevenot et je lui ai donné un accord immédiat pour participer.

Le Président de l'Ordre m'a demandé d'évoquer l'impact des addictions chez les médecins dans le cadre de la souffrance au travail.

C'est par ce non-dit que je commencerai. Je mentionnerai ensuite les souffrances que peut éprouver un médecin face à un addicté de l'alcool, car les positionnements des personnes alcooliques peuvent représenter une composante de la souffrance au travail pour des professionnels non préparés à la relation d'aide.

Je conclurai, comme illustration d'un modèle complexe d'épuisement au travail, par le quotidien d'un alcoologue clinicien, avec des arguments qui expliquent, pour ce qui me concerne, qu'il n'ait encore eu lieu.

Je ne ferai que mentionner les autres addictions retrouvées chez les médecins. Cette présentation en serait inutilement alourdie. Nous ne disposons que de vingt minutes.

1. Les médecins en difficulté avec l'alcool

Les connaissances médicales ne protègent nullement de la mise en place d'une dépendance à l'alcool chez un soignant et elles n'aident pas davantage à se sortir de l'alcool quand, par malheur, on est tombé dedans. L'alcool est un marqueur de nombreux facteurs de vulnérabilité qui se combinent plus ou moins selon les sujets. On peut considérer que le statut de médecin est une entrave à une démarche précoce car il est, à tort, source particulière de honte.

Il se trouve des médecins dont un parent ou plusieurs ascendants ont été alcooliques. Ils peuvent reproduire leur parcours. Le parent a pu être identifié comme alcoolique ou se dissimuler toute sa vie sous le masque du bon vivant

qui aime les bons vins. Le médecin devenu alcoolique a pu lui-même se vivre durablement en amateur de bons vins.

On peut, à côté des ascendants familiaux, mettre en évidence au cours des entretiens d'histoire personnelle toutes sortes de facteurs épigénétiques qui ont rendu le sujet compatible avec le développement d'une conduite addictive. Ces facteurs épigénétiques, non spécifiques, participent à la structuration psychique du sujet de la gestation à l'adolescence, artificiellement prolongée par le retard à l'entrée dans la vie professionnelle.

Des ruptures d'étayage ou d'équilibre peuvent survenir. Elles peuvent être insidieuses et graduelles, ou plus brutales, de type événementiel. Le cadre professionnel peut susciter ces deux types de ruptures d'équilibre. Par exemple, un surmenage chronique peut se compliquer d'une faute professionnelle.

Le reste est à mettre sur le compte du génie propre de l'alcool, produit bio-psycho-social. Chaque génération a sa manière de boire et d'entrer dans la pathologie alcoolique.

Nous sommes concernés par les exigences légitimes d'un travail en équipe et d'une transmission des informations. Nous sommes tous concernés par l'emprise croissante de l'administration qui nous conduit à un accroissement continu de notre temps de travail pour rendre compte de ce que nous faisons, au risque d'être insuffisamment disponibles pour les patients. Nous devons faire de plus en plus de choses par nous-mêmes avec les progrès de la bureautique. Nous sommes enfin confrontés, avec le risque médico-légal, aux progrès de l'idéologie victimaire qui peut nous dissuader de prendre des risques dans l'intérêt du patient.

L'alcoolique nous montre que l'étayage professionnel a un rôle important dans notre équilibre, en particulier si nous disposons d'une pensée opératoire, si le métier a pris une place qui fait de nous des travaillomanes qui s'ignorent, s'il nous permet de fuir des ambiances familiales qui nous ennuient, des soucis de santé qui nous handicapent, s'il donne, malgré tout, du sens, à notre vie, parce qu'il nous justifie, nous valorise, ou, tout simplement, qu'il comble un ennui, un vide qui serait insupportable sans lui.

Nous avons tous connu des médecins appréciés de leur clientèle, qui s'absentaient entre deux consultations pour se *mettre à niveau*. Il était

préférable de les consulter le matin, un peu comme il se dit de la maman alcoolique du matin, plus attentive que la maman alcoolique du soir, encore qu'il existe des mamans médecins tout-à-fait exemplaires qui boivent, après leur journée de travail, quand les enfants sont enfin couchés. Il existe longtemps, comme pour beaucoup d'autres professions, un effet de régulation du travail sur la consommation. À la fin, la force de la dépendance balaye les exigences éthiques et le souci de l'image.

Des étudiants en médecine se détachent rapidement de leur groupe d'appartenance soit parce qu'ils tiennent mieux l'alcool que les autres, malgré de très fortes consommations, soit par leurs ivresses à répétition. Sans doute ont-ils été des élèves trop sages, un peu à l'exemple des élèves des grandes écoles. Ils rattrapent le temps perdu, en quelque sorte, puisque la mise en place d'une problématique alcoolique commence habituellement à la préadolescence. Ils ont souvent d'autres addictions. Ils fument des joints, du tabac. Ils essaient de se stimuler pour les concours. Ils touchent un peu à tout. Une boulimie-anorexie, assez fréquente chez les filles, peut totalement passer inaperçue.

Il se trouve des étudiants et des médecins de toutes caractéristiques psychiques, des médecins bipolaires, des médecins structurellement dépressifs ou anxieux, des médecins joueurs ou travaillomanes, comme dans n'importe quelle catégorie sociale. Plus rarement, il peut se trouver d'authentiques psychotiques ou des mélancoliques. Certaines structurations psychotiques décompensent quand il s'agit d'affronter les réalités du métier. Les addictions accélèrent le processus.

J'ignore si une analyse fine des facteurs intervenants dans les suicides des médecins a été faite mais l'intervenant suivant confirmera, sans doute, l'effet en boucle de la dépendance alcoolique sur l'état dépressif et le stress.

Certaines professions de santé utilisent directement des substances psychoactives et ce ne sont pas les anesthésistes ou les spécialistes de la douleur qui diront le contraire. Cette proximité est un risque équivalent à celui des cuisiniers : le risque est associé à la facilité du détournement d'usage. Il n'est pas déterminant comme cofacteur. N'est pas addicté qui veut !

L'alcoologie nous apprend à nous méfier des déterminismes univoques

quand nous sommes confrontés à une réalité complexe et évolutive. Ayons plutôt en tête, pour comprendre la mise en place d'une problématique alcoolique, une image qu'Hitchcock a incluse dans plusieurs de ses films : celle du train qui sort d'une grande gare, avec de nombreux changements directionnels, avant de trouver sa voie.

2. La souffrance du médecin face au patient addicté

Face à une personne alcoolique, nous sommes habituellement confrontés à un patient sans demande. Et, même quand sa demande est claire, nous avons à nous méfier. Il n'existe pas de patient alcoolique qui ne soit ambivalent : une partie de lui comprend qu'il lui faut cesser de boire et une autre partie, qui a pris corps depuis des années, ne supporte pas cette perspective. Le *plus jamais* est une sentence qu'il ne peut entendre. Contre l'évidence, il voudrait boire comme tout le monde. Le patient alcoolique fait partie des rares patients qui sont d'accord pour être soignés, à l'exception de tout ce que vous leur proposez dans ce but. Ils protègent leur alcool comme Harpagon se souciait de sa cassette. L'alcool est un objet surinvesti, qui agglutine toutes sortes de raisons méconnues et de prétextes affichés. Dès lors, pour nous, la tentation est grande de transformer le patient en objet partiel : un foie, un taux de γ GT, une prescription respectueuse de l'AMM, l'occasion d'un acte endoscopique.

Interviennent aussi dans l'évitement du patient, le désagrément et, plus rarement, particulièrement pour les consœurs, la dangerosité de certaines situations, qui rapprochent l'alcoolique alcoolisé du toxicomane en quête de médicaments de substitution.

Une difficulté, c'est que les médecins sont sélectionnés et formatés à partir d'une culture scientifique. Lors des études, ils ne sont pas entraînés à la relation d'aide et leur culture humaniste n'est pas encouragée. Or le soin alcoolologique ne repose pas sur la preuve ou la logique mais sur le non-jugement et sur le paradoxe, tel qu'il a été formulé par Michèle Monjauze : « Puisque je ne peux m'en passer, je ne vais pas en boire une goutte ».

Les médecins manquent du temps nécessaire pour s'occuper correctement de ces patients qui facilitent si peu leur tâche, oublient leur rendez-vous ou se trompent de jour. Ils sont dans l'urgence. Ils participent, avec certains de leurs proches, au harcèlement téléphonique. Ils ne sont pas toujours en état

de soutenir un dialogue... Ils ne le savent pas mais en agissant ainsi ils dissuadent les médecins de s'occuper véritablement d'eux. Après tout, si leurs troubles cognitifs sont tels qu'ils ne peuvent et veulent rien entendre...

Il s'ajoute encore les problèmes posés par l'absence de résultat – Le patient promet, il ne tient pas, il s'engage, il ne persévère pas. D'un point de vue narcissique, c'est pénible pour le médecin. Faut-il répondre aux réalcoolisations, presque obligatoires en l'absence de travail psychique et d'accompagnement, par de nouvelles hospitalisations, par de nouveaux lieux de cure, comme le demandent les familles ?

À défaut de guérir le patient, un médecin doit éviter d'être sans solution face à lui. S'il ne peut ou ne veut accompagner son patient, il doit pouvoir passer la main. Or il n'existe pas de filière alcoologique cohérente, comme en médecine somatique. Il est difficile et parfois impossible de proposer le bon soignant et la bonne structure au bon moment. Plutôt que modifier leur organisation, nous voyons des établissements psychiatriques se protéger des patients difficiles et des unités d'alcoologie proposer des délais extravagants ou interdire à un client le droit de revenir plus d'une fois en cas de réalcoolisation.

3. L'alcoologue clinicien comme modèle d'un épuisement professionnel annoncé

Comme vous le savez, l'épuisement professionnel associe :

- une perte de motivation,
 - une perte d'efficacité, une sensation de fatigue permanente, une perte d'initiative,
 - l'apparition d'attitudes contraires à la raison d'être du travail : un je-m'enfoutisme, un cynisme plus ou moins affichés,
 - un effondrement psychique et physique quand les capacités d'adaptation sont dépassées.

L'alcoologue clinicien aurait de nombreux arguments à faire valoir pour justifier un épuisement professionnel.

Le soin psychothérapique relève aujourd'hui de la médecine sociétale pour les patients addicts. Or, on ne crée pas une alliance thérapeutique avec une logique de dispensaire. D'autre part, réserver le soin psychothérapique à ceux qui veulent et peuvent payer élimine 90 % de

l'effectif, d'autant que ces patients ne ressentent pas spontanément le besoin d'effectuer un travail psychique.

Il n'existe pas de réflexion à un niveau décisionnaire sur :

- le travail en groupe avec des référentiels de qualité et un souci d'approche éclectique, dite intégrative,
- le rôle des intervenants d'association supervisés par des soignants.

Ces deux moyens se révèlent particulièrement utiles pour l'accompagnement au long cours.

On peut souffrir de voir l'état de déshérence de la réflexion et de la recherche clinique aujourd'hui.

Au prétexte qu'il suffit que les soignants s'impliquent – mais comment évaluer l'implication ? – il se dit que tout se vaut.

L'alcoologue ou l'addictologue, quand il veut faire de la clinique, dispose d'une marge de manœuvre réduite qui s'explique, en partie, par l'absence de statut dans le champ libéral, l'extrême difficulté à s'entourer d'autres cliniciens, psychologues, sophrologues et thérapeutes familiaux. Que voulez-vous, ils donnent du temps et du savoir-être, leurs actes ne sont pas codifiables et rentables!

Le soignant peut être gagné, comme d'autres praticiens humanistes, par ce que j'appellerais le complexe de Schindler : l'émergence d'un sentiment de compassion et de culpabilité qui le pousse à en faire toujours plus.

Or, il lui faut trouver du temps et de la tranquillité pour :

- satisfaire les demandes, souvent anarchiques,
- soigner ces patients,
- optimiser le travail d'équipe,
- satisfaire les exigences administratives,
- rencontrer des décideurs toujours prêts à s'accorder avec lui sur des objectifs, à condition de ne pas lui donner les moyens de les atteindre,
- lire, réfléchir, écrire, se divertir, se reposer...

Comment un professionnel résiste-t-il à tous ces facteurs d'épuisement ? Ma réponse sera courte : il doit faire ce qu'il conseille, avec une fortune variable, à ses patients :

- le meilleur usage possible de son temps, de ses journées,
 - une activité qui se rapporte à ses priorités,
 - l'exercice régulier de son discernement, ce qui suppose de se cultiver en exerçant son esprit critique,

- le souci de son corps, et pas seulement dans l'optique du dépistage des facteurs de risque,
- le choix de la créativité plutôt que la soumission docile aux normes, aux références opposables,
- un contrôle émotionnel qui autorise l'humour, de bonnes sensations et de vrais sentiments, y compris la colère ; la pratique du lâcher-prise, du recentrage sur soi, de la bonne distance,
- l'acquisition et la pratique d'une éthique philosophique, épicurienne, acquise à l'idée que la vie a le sens qu'on veut bien lui donner.

Cette réponse serait incomplète si elle faisait abstraction d'une réalité paradoxale : ces patients alcooliques sont les plus attachants qui puissent se rencontrer, à partir du moment où nous en faisons des partenaires du soin. Nous sommes bien au cœur du complexe de Schindler.