

Le déni: un symptôme de l'alcoolisme

par le Dr François Charon* et le Dr Gérald Van Woensel**

* Psychiatre
CHU de Charleroi
** Médecin généraliste
5000 Namur
Commission « Alcoolologie » de
l'Institut de Médecine
Préventive de la SSMG.

Le patient alcoolique minimise ou nie l'existence d'une consommation d'alcool excessive à son médecin. Cette caractéristique clinique s'explique par le déni qui est une construction partiellement inconsciente qui vise à gérer l'angoisse générée par la prise de conscience d'un problème difficilement acceptable, par la perspective d'un sevrage et par le changement radical de mode de vie qu'implique l'abstinence totale.

Le médecin, dont le rôle est de motiver le patient à se soigner, peut aider le patient par la prise en compte et la gestion du déni. Quelques exemples de stratégies utilisables en pratique générale sont reprises dans cet article.

Le patient alcoolique se présente très rarement à la consultation du médecin traitant avec une demande de sevrage bien formulée et motivée (« *je n'ai pas de problèmes d'alcool...* »). Le chemin à parcourir avant une telle demande peut parfois être très long. Les demandes de consultation des patients alcooliques sont souvent d'ordre somatique, psychologique ou familial.

Il revient au médecin de dépister l'alcoolisme et d'en envisager le traitement. Ce projet de traitement ne rencontrera que très rarement l'attente du patient qui ne reconnaîtra souvent pas une étiologie alcoolique à ses maux. Le patient qui va désirer un traitement symptomatique de ses plaintes, paraîtra hermétique à l'abord du problème d'alcool en lui-même.

De façon tout aussi déroutante, le médecin est sollicité par des demandes pressantes émanant de l'entourage (exaspéré ou en souffrance) (« *ne lui dites pas que je vous ai téléphoné mais...* »), difficilement utilisables pour le traitement. Le paradoxe résultant de l'absence de demande du patient face à une évidente pathologie en est renforcé.

Le décor est ainsi planté d'une relation médecin-patient où le patient alcoolique dénie sa consommation excessive d'alcool et où le médecin pourra passer d'un état d'irritation à une sensation d'impuissance, jusqu'à une envie d'abandonner toute tentative d'aide au patient.

Cet article va tenter d'expliquer le pourquoi du déni et, dans un second temps, donner quelques outils élémentaires au médecin généraliste pour l'aider à minimiser les résistances au changement en général et en particulier le déni.

LA NATURE DU DÉNI

Le déni, pris dans son sens psychanalytique, est un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante.

Une défense est une opération psychique dont la finalité est de maintenir l'intégrité du moi, et en particulier de réduire l'angoisse.

Le déni porte sur la perception de la réalité influençant donc la vie émotionnelle. Par exemple, l'alcoolique peut dénier l'existence et

la gravité de son problème et donc ne ressentir aucune inquiétude, qui, pourtant, serait nécessaire à sa mobilisation vers un changement.

Plusieurs niveaux de déni existent: le déni de l'existence d'un problème (« *je bois comme tout le monde* »), de la relation entre les problèmes et l'alcool (« *j'ai été licencié pour restructuration, mais ce n'est pas l'alcool* »), de la sévérité du problème (« *ma femme exagère toujours* »), de l'existence de solutions (« *qu'est-ce que vous voulez que je fasse* »), de la capacité du patient à mettre en œuvre ces solutions (« *j'ai déjà fait deux cures sans résultats* »).

Le déni est à différencier de la dissimulation ou du mensonge, parfois aussi présent, par le fait de son caractère inconscient et son rôle dans l'équilibre psychique.

Concernant l'alcoolique, le déni peut être compris comme une protection contre l'angoisse liée à la prise de conscience de la réalité d'un diagnostic difficile (honteux) et de ses graves conséquences personnelles et sociales, ainsi que par la perspective probable de la nécessité de l'arrêt « à vie » de toute consommation d'alcool (perte).

Le patient alcoolique s'est créé, sur une période de dix à vingt ans, tout un mode de vie autour de la consommation d'alcool. Cela représente des modifications tant au niveau de son vécu que de sa vie relationnelle, ses habitudes, son intégration sociale, son image. L'arrêt de la consommation va donc bien souvent provoquer un déséquilibre nécessitant une réadaptation pouvant être relativement difficile et longue.

Dès lors, toute tentative de traitement, surtout s'il est trop rapide ou trop radical va susciter des résistances au changement de la part du patient. Ces résistances se manifestent notamment par du déni (je n'ai pas de problème), mais aussi de la passivité, de l'hostilité, des réponses à côté, des digressions et autres processus qui visent à éviter le changement.

Enfin, le déni n'est pas quelque chose que le patient fait pour nuire au médecin (manipulation), mais est un processus intra psychique inconscient visant la gestion de son angoisse.

ABSTRACT

The alcoholic patient minimizes or denies any excessive consumption of alcohol. The doctor must encourage the patient to have treatment and help him through taking account and management of his denial. Here follow some examples of the strategies applicable by the general practitioner.

Keywords:
alcoholism, denial,
general practice.

RÉSUMÉ

Le patient alcoolique minimise ou nie l'existence d'une consommation d'alcool excessive à son médecin. Au médecin de motiver le patient à se soigner, à aider le patient par la prise en compte et la gestion du déni. Voici quelques exemples de stratégies utilisables en pratique générale.

Mots clefs:
Alcoolisme, déni,
médecine générale.

LA RÉACTION DU SOIGNANT

Il est très déroutant pour le médecin de se trouver devant un patient qui refuse d'admettre un problème d'alcool alors que tous les éléments objectifs indiquent ce diagnostic. La réaction émotionnelle première du médecin est la confrontation du patient, l'argumentation, et en cas d'échec le renoncement à la poursuite de la consultation sur ce sujet. Cette confrontation entre le savoir cartésien du médecin (et son désir d'efficacité) et le vécu émotionnel du patient peut être néfaste pour la suite de la relation médecin-patient et, dès lors, pour une perspective de changement.

Cela signifie-t-il que le médecin doit renoncer à prendre en considération un problème d'alcool ? Une attitude classiquement évoquée est que le soignant ne peut qu'attendre que le patient aie suffisamment de problèmes (« toucher son fond ») pour demander de l'aide. La littérature consacrée à la motivation va dans le sens contraire et montre que le médecin n'est pas totalement démuné face à un patient non motivé, déniait son problème.

EXEMPLES DE STRATÉGIES DE GESTION DU DÉNI

La confrontation directe des propos du patient, déniait sa consommation excessive d'alcool, avec des faits objectifs (par ex. prise de sang, œsophagite, hypertension, accidents de voiture, souffrance de l'entourage) est certainement une bonne option de départ et pourra amener un changement.

Mais si une attitude très confrontative ne donne pas de résultat, mais au contraire augmente les

résistances au changement du patient, d'autres stratégies peuvent être envisagées. Plusieurs d'entre elles, issues de la littérature sur la motivation, sont évoquées ici.

UTILISER UN STYLE RELATIONNEL EMPATHIQUE

Ceci est tout à fait essentiel. En effet, l'alcoolique ressent de la honte, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité le rendant très sensible aux critiques. Les critiques et reproches sont d'ailleurs le principal mode relationnel qu'il a encore avec son entourage. Un style empathique utilisé par le médecin, évitant donc tout jugement, est donc un changement radical presque déroutant pour le patient, qui va se sentir écouté et souvent parler plus ouvertement de lui.

REDONNER DE L'ESPOIR

La plupart des alcooliques et de leur famille sont très pessimistes en raison de la chronicité de la problématique d'alcool et des échecs répétés des tentatives de contrôle de la consommation. Si le médecin est tout aussi pessimiste et pense qu'il n'y a pas de solution, il renforce le constat du patient. Au contraire, la perspective de possibles traitements, la confiance du médecin dans l'existence de solutions peut diminuer l'angoisse, redonner de l'espoir, motiver, et contribuer à diminuer le déni.

ASSOCIER LA FAMILLE

Il sera plus difficile au patient de dénier sa problématique en présence de sa famille. En cela une consultation avec l'entourage est utile et peut être considérée. Toutefois la gestion d'une situation familiale en crise est parfois très difficile et peut parfois être contre-productive notamment si la consultation est vécue par le patient comme un

Tableau 1 : Type d'interventions en fonction du stade de changement du patient

STADE DE CHANGEMENT	EXEMPLE D'INTERVENTION
Absence de prise de conscience	Création d'une relation, évaluation diagnostique
Conscience du problème	Information sur la maladie
Préparation au changement	Pour et contre du changement et du non changement Information sur les possibilités de traitement
Action	Soutien psychologique, désintoxication.
Maintien (du changement)	stratégies de prévention de la rechute Pratique en réseau

GRANDE JOURNÉE « ASSUÉTUDES » ROCHEFORT SAMEDI 8/4/2000

• 10h00 – 11h20:

Le mouvement ALTO : dix années de pratique des généralistes francophones face au problème de la toxicomanie.

• 11h40 – 13h00:

Le problème alcool des patientèles concerne-t-il le médecin généraliste ?

• 14h15 – 15h35:

Les « réseaux » en assuétudes : une réalité à construire face au défi des diverses toxicomanies du présent et du prochain millénaire... : alcool et autres drogues...

• 15h50 – 17h10:

Quelques pratiques interdisciplinaires en francophonie : le travail en réseau.

a) Assuétudes-Sida et le centre ambulatoire le « Phœnix » en Province de Namur

b) Un réseau alcool se construit en région de Charleroi.

tribunal où lui sont exprimé colère et reproches. Dans ce cas l'intervention aura confirmé tout le monde qu'il n'y a rien à faire.

ÉVITER D'UTILISER LE LABEL "ALCOOLIQUE" SI LE PATIENT Y RÉSISTE

La recherche montre que le pronostic n'est pas différent entre des patient acceptant le label « alcoolique » et ceux qui le refusent.

Ce qui est important par contre, c'est d'amener le patient à prendre conscience du caractère problématique de sa consommation et pas de lui faire admettre une étiquette diagnostique. Y a-t-il d'ailleurs une autre maladie pour laquelle nous pensons qu'il est nécessaire que le patient s'y identifie.

DONNER DES INFORMATIONS

Concernant les conséquences (médicales, psychologique, sociales) de l'excès d'alcool, montrer les résultats des analyses, expliquer la nature biologique et psychologique des problèmes de dépendance, décrire les moyens thérapeutiques, proposer un avis d'un confrère, encourager à la lecture d'un livre, évoquer le pronostic avec et sans traitement.

OFFRIR DES CHOIX THÉRAPEUTIQUES

Une offre variée d'objectifs et de moyens, bien sûr adéquats, est plus susceptible d'intéresser le patient qu'une option unique. Par exemple un sevrage ambulatoire pourra être envisageable et une hospitalisation refusée. Ou encore la fréquentation d'un groupe AA exclue et un suivi individuel tout à fait acceptable. Il ne faut donc pas hésiter à varier ses propositions.

FIXER DES OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

L'abstinence totale et définitive est, au départ, inacceptable pour beaucoup de patients. L'option consistant à déterminer avec le patient des objectifs intermédiaires a plus de chances de rencontrer une adhésion du patient. Par exemple une première étape est de faire un bilan complet de santé, ensuite de demander au patient de notifier ses consommations, puis d'essayer de réduire sa consommation, et d'arriver progressivement au but de l'arrêt de la consommation.

NÉGOCIER PLUS QU'IMPOSER

Les objectifs et les moyens sont plus acceptables s'ils résultent d'une collaboration que d'une acceptation d'une prescription médicale, qui peut être génératrice de passivité ou de rébellion.

ÊTRE CENTRÉ SUR LE PATIENT ET SON STADE DE CHANGEMENT (VOIR TABLEAU)

Il s'agit d'accompagner le patient en tenant compte de son rythme, son « stade de changement », élément essentiel pour favoriser la motivation. Aller trop vite dans les propositions thérapeutiques de changement provoque un comportement résistant et donc de déni.

Pour cela, il est utile de connaître le stade de changement dans lequel le patient se trouve car, à chaque stade, correspond des attitudes adaptées. Les différents stades de changement (d'après Prochaska et Di Clemente), et des exemples d'opérations utiles, sont repris dans le tableau de la page 59.

DISCUSSION

Notre compréhension de la vie psychique du patient alcoolique, qui sous tend son attitude et qui explique la présence du déni, est essentielle pour nous permettre de conduire un traitement.

Aussi importante est notre conscience de l'influence de notre attitude, notre style relationnel et nos stratégies thérapeutiques sur la motivation et donc sur les résistances au changement (et en particulier le déni).

La classique stratégie consistant à attendre la demande avant d'entreprendre un traitement des patient alcooliques est à revoir, ceci à la lumière des études concernant la motivation.

En effet cette attitude attentiste n'a pas d'étayage scientifique, et conduit dans certains cas à des situation dramatiques, de plus en plus difficiles à traiter. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Miller W.R. & Rollnick S. (1991). *Motivational Interviewing*. Guilford
2. Hester K.H. & Miller W.R. (1989). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*.
3. Adès J. & Lejoyeux M. (1996). *Les conduites Alcooliques et leur Traitement*. Douin.
4. Nace E.P. (1987). *The treatment of Alcoholism*. Brunner Mazel.

DANS LA PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

Concernant l'alcoolique, le déni (mode de défense dont la finalité est de maintenir l'intégrité du moi) peut être compris comme une protection contre l'anxiété liée à la prise de conscience de la réalité d'un diagnostic difficile (honteux) et de ses graves conséquences personnelles et sociales, ainsi que par la perspective probable de la nécessité de l'arrêt « à vie » de toute consommation d'alcool (perte).

S'il est vrai que l'attitude de déni de l'alcoolique est très déroutante et très démotivante pour le médecin, celui-ci n'est malgré tout pas démuné face à ce type de patient. Diverses stratégies sont envisagées pour motiver le patient au changement :

- utiliser un style relationnel empathique;
- redonner de l'espoir;
- associer la famille;
- éviter d'utiliser le label "alcoolique" si le patient y résiste;
- donner des informations;
- offrir des choix thérapeutiques;
- fixer des objectifs intermédiaires;
- négocier plus qu'imposer.

Le comportement du médecin doit certainement pas être attentiste et se doit d'être centré sur le patient et correspondre au stade de changement auquel se trouve le patient alcoolique.

La Rédaction