**Zeitschrift:** Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

**Herausgeber:** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**Band:** 35 (1979)

**Artikel:** La réhabilitation médico-psycho-sociale des alcooliques : un effort pluridisciplinaire

**Autor:** Solms, Hugo

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-309087

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 13.07.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 35, 213-220 (1979)

# LA REHABILITATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE DES ALCOOLIQUES: UN EFFORT PLURIDISCIPLINAIRE

HUGO SOLMS*

## Zusammenfassung

Bei schwer gestörten Konfliktrinkern mit süchtigem Kontrollverlust sowie beträchtlichen Sozialisationsdefiziten in Familie und Beruf ist der allein praktizierende Arzt überfordert. In diesen Fällen hilft ein umfassendes Therapieprogramm, das von multidisziplinären Teams realisiert wird, in deren Rahmen Arzt, Krankenpfleger, Sozialarbeiter und Psychologe eng zusammenarbeiten. Dabei werden der Patient und dessen nähere Umgebung zur aktiven Mitarbeit beigezogen.

Es wird in dieser Arbeit die aktuelle Entwicklung vom traditionellen patriarchalischen Teammodell mit ärztlichen Führungsfunktionen zur "demokratischen" Teamstruktur dargestellt und auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die sich aus dem unterschiedlichen sozial-ökonomischen Status der Teammitglieder ergeben. Sehr kritische Stellung bezieht der Autor gegenüber extrem "emanzipatorischen" Tendenzen, die das Krankheitskonzept des Alkoholismus sowie die differenten Berufsidentitäten im Team und die Rollenunterschiede zwischen Helfer und Klient abzuschaffen suchen.

Schliesslich werden das multidisziplinäre Rehabilitierungsmodell der Spezialisten mit dem Selbsthilfemodell der Anonymen Alkoholiker verglichen und die Möglichkeiten und Grenzen interdisziplinärer Zusammenarbeit aufgezeigt.

## Summary

In heavy problem drinkers with loss of control and severe disruptive behavioral disorders, the general practitioner cannot offer a comprehensive program coping with all the disturbed parameters: those of the individual, the family, the friends, the working and leisure time environment.

* Médecin-consultant, Département de Psychiatrie (Président: Prof. G. Garrone) de la Faculté de Médecine de Genève. - Professeur à l'Université de Fribourg.

In these situations a multidisciplinary team approach is very helpful. A close collaboration between physician, nurse, social worker and psychologist enables the team to implement the comprehensive program in a more efficient way and with the active participation of the patient, his family and social environment.
In this paper the author deals with the inner structure of the team model. Today there is a shifting from the traditional "paternalistic team model" (i.e. medical leadership) toward a more democratic team structure as a result of emancipatory pressures from the social work profession. The author presents a critical view of extreme emancipatory tendencies aiming at abolishing the disease concept of alcoholism and the team members professional identity as well as the role differences between therapist and client.
The professional rehabilitation model is compared with the Alcoholics Anonymous self help model, and possibilities and limits of an interdisciplinary cooperation between the two approaches are stressed.

## I. Pourquoi et pour qui une approche pluridisciplinaire en équipe?

La majorité des buveurs sociables ou d'entraînement ne présentent pas de gros problèmes d'insertion familiale et socio-professionnelle, ils consultent surtout pour leur alcoolisme "digéstif". Ils relèvent ainsi, d'abord, du domaine du médecin praticien en clientèle privée. L'efficacité thérapeutique de ce dernier augmentera s'il dispose, dans son secteur, de possibilités d'hospitalisation brève pour ces malades.
Il n'en va pas de même pour les alcooliques "psychiatriques"* graves face auxquels le praticien sera vite dépassé. En effet, comment affronter la complexité des problèmes qu'ils posent: l'éclatement du lien conjugal, la désorganisation du groupe familial, la déchéance socio-professionnelle et le chômage, le refus de collaboration régulière des buveurs récalcitrants, socialement marginalisés? Ces malades ne peuvent se tenir aux rendez-vous fixés par leur médecin parce qu'ils ne sont pas encore aptes à former avec lui une alliance thérapeutique. Ils se comportent comme des abandoniens toujours insatisfaits et insatiables dont la revendication est d'être acceptés et aimés inconditionnellement mais qui font tout pour provoquer leur rejet en mettant "la faute" sur autrui. La qualité de leurs relations est d'une opacité et d'une pauvreté étonnante. Tout reste figé, stéréotypé et très peu élaboré; les échanges interpersonnels sont de nature manipulatrice: l'un étant utilisé pour satisfaire les besoins de l'autre. Ces patients montrent peu d'intérêt à établir des contacts profonds et durables dans une dimension de mutualité. Chez eux, le risque de suicide est considérable.

* Alcooliques de la "catégorie I" selon J.-P. von Wartburg (voir son article dans ce volume).

Cette situation se complique encore du fait qu'elle engendre, en spirale, des transactions pathologiques et pathogènes qui frappent autant l'alcoolique lui-même que son entourage; nous n'en voudrions pour exemple que l'épouse du malade qui s'oppose inconsciemment à la guérison de son mari parce qu'elle a besoin d'un homme faible pour se sentir forte. Nous avons à faire ici à une pathologie familiale particulière. Ce type d'alcoolique n'est pas seulement le membre manifestement le plus désorganisé d'une famille chroniquement dysfonctionnelle; il est aussi un symptôme de cette pathologie.

Dans la plupart des cas d'alcoolisme "psychiatrique" l'intrication des pathologies individuelle et familiale s'avère si complexe et tenace que la prise en charge doit d'emblée viser l'alcoolique, son entourage et l'ensemble des interactions interpersonnelles. Cette compréhension systémique des échanges au sein du noyau familial est important (4, 5).

Le modèle de traitement et de réhabilitation psycho-sociale qui, actuellement, répond le mieux à ces situations pathologiques, est une prise en charge à long terme effectuée par des équipes médico-psycho-sociales, donc pluridisciplinaires, insérées dans un dispositif extra-hospitalier (7). Cette équipe comprend des médecins, des infirmiers, des psychologues et des assistants sociaux. Elle garantit une offre thérapeutique pluridimensionnelle puisque chacune des méthodes utilisées touche un niveau particulier de la pathologie corporelle, mentale, comportementale et relationnelle: la désintoxication initiale et la restauration des métabolismes perturbés, la psychothérapie individuelle, le groupe de discussion, le groupe d'information, le groupe de relaxation, les entretiens avec le couple, la socio-ergothérapie etc. Il est important que beaucoup de traitements à l'intérieur de ce circuit thérapeutique soient de type groupal.

Dès que l'état du malade le permet, l'équipe cherchera à faire du patient et des personnes significatives de son entourage des participants actifs pour éviter le risque d'une simple soumission au programme thérapeutique. Cet effort en commun auquel peuvent se joindre les Alcooliques Anonymes, c'est à dire les "buveurs stabilisés", constitue l'axe du traitement.

Il est en général très difficile pour un thérapeute d'accueillir et de supporter seul, dans une relation binaire, l'énorme avidité, les revendications agressives et les passages à l'acte de l'alcoolique "psychiatrique". Une équipe est mieux à même d'offrir à ce type de patient la capacité d'accueil et d'empathie, l'attitude d'attente et d'écoute et la forme d'activisme discret dont il a besoin. Face à l'équipe ce malade va se sentir à la fois moins dépendant et plus sécurisé. Il se trouve confronté à plusieurs images différemment identifiables. L'équipe pourra lui proposer un appui moins culpabilisant et moins contraignant de sorte qu'il s'exprimera avec moins de difficultés. Pour lui certaines choses ne peuvent être dites qu'au

médecin, d'autres seulement à l'assistante sociale. Il a donc la possibilité de "fragmenter" ses premières tentatives de contact ce qui sera moins angoissant pour lui. Il pourra aussi passer d'un thérapeute à l'autre sans pour autant perdre l'objet préférentiel et suffisamment bon.

## II. Problèmes nouveaux au sein de l'équipe médico-psycho-sociale pour alcooliques

La collaboration entre le médecin et l'infirmière ne pose pas de problème majeur puisque chacun possède une identité professionnelle clairement définie et forgée depuis longtemps. Ce n'est la même chose ni pour le psychologue, ni pour l'assistant social: Leur image est plus facilement déformable. Il arrive que l'assistant social, souvent plus profondément engagé que le médecin-psychiatre dans sa relation avec un client alcoolique, souhaite en quelque sorte être médecin; et puisqu'il ne l'est pas, il le rejette parfois. Des rivalités inutiles mais pesantes peuvent en être la conséquence.

Il importe donc de préciser la spécificité des identités professionnelles au sein de l'équipe. On peut les définir de la manière suivante (3):

Le médecin-psychiatre est à la fois l'agent de l'inconscient du patient et de l'équipe et celui qui intervient aussi au niveau biologique (médicamenteux), assisté par l'infirmière.

L'assistant-social est l'agent de la communication sociale; son intervention se situe essentiellement au niveau des relations sociales.

Par conséquent, une répartition des tâches s'impose en fonction de ces spécificités respectives (qui fait quoi?).

Traditionnellement c'était le médecin de l'équipe qui était chargé de la répartition des rôles. Le critère non explicité de cette responsabilité reposait sur le prestige de la profession médicale et le pouvoir dont la société l'investissait. Les dispositifs médico-sociaux pour alcooliques ont fonctionné et fonctionnent encore selon ce modèle traditionnel: le modèle familial ou paternaliste, le médecin occupant le sommet de la hiérarchie. Mais aujourd'hui, l'équipe médico-psycho-sociale lui conteste de plus en plus ce pouvoir au nom de l'indispensable complémentarité des apports.

C'est d'abord l'assistant-social qui pose le problème tout en le nuançant. Comment, dit-il, associer dans l'équipe pluridisciplinaire, de façon complémentaire, différentes professions dont l'importance est égale, alors qu'elles sont encore hiérarchisées selon leur statut économique et leur prestige social?

Aujourd'hui, le médecin perd peu à peu son image de figure privilégiée. C'est une évolution qui se dessine actuellement dans de nombreux dispositifs médico-sociaux extra-hospitaliers pour alcooliques.

On a même proposé un autre modèle d'équipe médico-psycho-sociale, celui de la stratégie fonctionnelle (3). Selon ce modèle c'est l'alcoolique lui-même qui, face aux membres de l'équipe, choisira son thérapeute en fonction de ses besoins, en fonction des relations personnelles significatives qu'il arrivera à s'établir avec l'un ou l'autre membre du collectif soignant. Ce pourra être le médecin, ce pourra aussi être un assistant-social. Ainsi chaque membre de l'équipe pourra être engagé à égalité, tout en restant, bien entendu, dans le domaine de sa compétence propre et en se reconnaissant différent et complémentaire de l'autre. Cela ne veut cependant pas dire que l'équipe laisse le malade alcoolomane seul choisir librement son programme thérapeutique. Il n'en serait d'ailleurs pas capable puisqu'il nie ou minimise souvent la nature, voire la gravité de sa pathologie. Il n'en reste pas moins que c'est toujours l'équipe dans son ensemble qui en fin de compte, le prend en charge et qui, dans un effort pluridisciplinaire, détermine avec lui les stratégies thérapeutiques appropriées à son cas.

Il nous semble nécessaire de souligner cet aspect, car il existe maintenant un courant d'opinion qui préconise auprès des spécialistes de l'équipe thérapeutique l'abandon du concept d'alcoolisme-maladie et partant l'abolition de la pluridisciplinarité de l'équipe. Les tenants de ce courant proposent de substituer au modèle médico-social un modèle de déviance sociale et de confier le traitement et la réhabilitation psychosociale de l'alcoolique au seul "agent social". Cela revient à nier le fait que l'alcoolomanie s'insère à la fois dans une structure de personnalité pathologique et dans un substratum biologique (9). Les défenseurs du modèle de déviance sociale de l'alcoolisme "psychiatrique" suggèrent aussi de ne plus maintenir au sein de l'équipe pluridisciplinaire la spécificité des fonctions du médecin, de l'infirmière et de l'assistant social, ce qui, à l'extrême, nous amènerait à ne plus distinguer entre soignants et soignés. Il est inutile de dire qu'une équipe médico-psycho-sociale de ce type perdrait son efficacité thérapeutique.

## III. Les groupements des Alcooliques Anonymes (A. A.)

Jusqu'ici nous avons parlé de l'approche thérapeutique pluridisciplinaire d'équipes soignantes professionnalisées. Il a été cependant démontré que la collaboration de l'équipe avec certains groupements non-professionnels s'avère non seulement possible, mais qu'elle peut rendre l'effort global de réhabilitation socio-professionnelle des alcooliques plus efficace. Il est donc justifié d'élargir le concept de pluridisciplinarité.

Le collaborateur bénévole que l'on pourrait qualifier d'agent social laïque provient de divers milieux qui, historiquement, ont leurs origines dans les mouvements charismatiques de réveil (tels les Groupes d'Oxford, l'Armée du Salut) ou dans les associations anti-alcooliques (telles la Croix bleue, les Bons Templiers). Il existe pourtant un puissant courant d'auto-assistance ("self help") formé d'anciens buveurs que l'on ne peut assimiler ni aux uns ni aux autres des groupements précités. Nous parlons des Alcooliques Anonymes (A. A.). Ce mouvement, originaire des Etats-Unis, comprend actuellement plus d'un demi million d'adhérents répartis en 17000 groupes dans 90 pays (1, 2, 6, 8). Les A. A. ne se soumettent pas à une doctrine religieuse et ils ne combattent pas la consommation de boissons alcoolisées dans la société. Ils se servent d'un modèle comportemental très particulier, relevant d'une doctrine pragmatique, fruit d'une vaste expérience pratique et formulée dans les "12 étapes", les "12 traditions" et les principes généraux. Les premières concernent les techniques de réhabilitation psycho-sociale utilisées par les A. A. au sein des groupes, les secondes contribuent à garantir le bon fonctionnement et la continuité des groupes et les derniers la présence et la cohésion du mouvement A. A. dans le monde.

Chez les A. A., l'activité d'auto-assistance consiste à conférer aux soignés le statut de soignants sans qu'ils perdent celui de soignés. En abolissant la distinction entre soignants et soignés, les A. A. renforcent leur impact "thérapeutique"; contrairement à ce qui se passerait dans l'équipe soignante professionnelle qui, si elle essayait d'adopter ce modèle, se verrait réduire à l'impuissance.

Les A. A. qui ont réussi à accéder à l'abstinence ou à réduire leur consommation alcoolique à un minimum inoffensif, ne se considèrent pas guéris, mais simplement "stabilisés" puisqu'ils se désignent du nom de "buveurs inactifs". Dans leur optique cela veut dire que l'amélioration de leur souffrance ne concerne que la symptomatologie manifeste et qu'un déficit fondamental, l'appétance pour l'alcool et partant le risque de rechute, persiste toujours. Pour se protéger de cette vulnérabilité cachée, ils proposent un procédé original: se reconnaître malade et se soigner soi-même pour une durée illimitée en prenant simultanément en charge des "buveurs actifs", c'est à dire ceux qui sont plus gravement atteints. Etant donné le rejet social de l'alcoolique dans notre société et l'impuissance à laquelle se voit réduite sa famille, l'entraide qu'il trouvera immédiatement et inconditionnellement auprès des A. A. confère à l'ancien buveur un statut privilégié lui permettant de remplir un rôle spécifique. En effet, pour beaucoup d'alcooliques, l'appartenance à un groupe A. A. représente un mode de réintégration sociale qu'il n'était plus à même d'accepter et qu'il n'aurait pas osé envisager. Ce collectif lui permettra de colmater sa profonde blessure narcissique, de restaurer son

sentiment d'auto-estime, de s'enraciner dans un milieu sécurisant, de sortir de sa solitude, de combler son douloureux sentiment de manque et de dépasser son désespoir dépressif. L'alcoolique trouvera dans le groupe A. A. une alternative à ses conduites destructrices: sa fonction soignante lui permettra de réparer ce qu'il vit comme ses fautes et ses failles. C'est déculpabilisant, revalorisant, structurant et utile.

Il est vrai que le modèle d'auto-assistance des A. A. n'offre pas une solution passe-partout pour l'ensemble des alcooliques, même pas pour la majorité des éthyliques du type psychiatrique. Mail il n'existe pas, dans le domaine de l'alcoolisme, de traitement passe-partout. On estime qu'un alcoolique sur vingt seulement est à même de bénéficier de l'aide des A. A. (8). En effet, le programme des A. A. ne semble pas répondre aux besoins des malades d'extraction sociale très défavorisée ni à ceux des alcooliques "digestifs", des alcooliques non-alcoolomanes, ni non plus aux besoins des alcooliques jeunes. Ceux qui sont susceptibles d'une bonne amélioration parmi les A. A. sont les alcoolomanes phobico-dépressifs présentant une structure de personnalité déficitaire et fragile, des malades qui se sentent culpabilisés et dévalorisés à la suite de nombreux échecs familiaux et professionnels et qui cherchent un encadrement et un appui moral dans un milieu groupal structuré, compréhensif et investi d'un idéal commun.

Il est vrai que l'insertion de l'alcoolique dans un groupe A. A. est considéré comme un contrat à vie étant donné le concept d'alcoolisme-maladie des A. A. caractérisé par la notion d'incurabilité. Il s'agit là, en fait, d'une position excessive, dogmatique même, car la réalité est plus nuancée. Il faut dire encore que le groupe A. A. manque d'un système de référence paternel solide; il fonctionne, au moins partiellement, sur un mode régressif-symbiotique qui ne favorise pas une véritable autonomisation. Mais il ne faut pas oublier que les possibilités identificatoires, c'est à dire les capacités d'intérioriser les expériences vécues, sont très limitées chez bon nombre d'alcooliques "psychiatriques". Dès lors, la doctrine A. A. et ce type d'expérience groupale revêtira, pour l'alcoolique, la fonction d'une prothèse psychique qui comblera les insuffisances de sa structure. Souvent, l'alcoolique n'a plus le choix entre l'esclavage et la liberté. Mais il aura encore le choix entre l'asservissement alcoolique et le contrat à vie avec les A. A. Une relation de dépendance de ce genre est sans doute préférable. Une collaboration entre les A. A. et les équipes médico-psycho-sociales est souhaitable. Mais, pour qu'elle devienne possible, les soignants professionnels seront bien conseillés de respecter les particularités de la stratégie d'entraide et du concept d'alcoolisme-maladie adoptées par les A. A. Du côté des Alcooliques Anonymes il serait souhaitable de conférer à leurs activités un caractère de complémentarité et non d'exclusivité par rapport à celles des équipes médico-psycho-sociales.

1. Alcoholics Anonymous Comes of Age. A.A. Publishing, Inc., New York 1957.
2. A.A. World Services, Inc., Box 459, Grand Central Ennex, New York 17, N.Y.
3. Ausloos G.: Les relations médecins – travailleurs sociaux. Les Cahiers du G.R.E.A.T. (Suisse): 3, 18–21, 1978.
4. Boszormenyi-Nagy I., J.L. Framo: Intensive Family Therapy. Harper & Row, New York 1965.
5. Kaufmann L.: Familie, Kommunikation und Psychose. H. Huber, Bern 1972.
6. Les Editions françaises A.A., Casier postal 117, Station C, Montreal 24, Québec, Canada.
7. Solms H.: Grundprinzipien und aktuelle Sonderprobleme der Behandlung des chronischen Alkoholismus. In: W. Steinbrecher und H. Solms (Hrsg.): Sucht und Missbrauch. G. Thieme, Stuttgart 1975.
8. Solms H.: Selbsthilfegemeinschaften von Alkoholikern und Drogenabhängigen. In: W. Steinbrecher und H. Solms (Hrsg.): Sucht und Missbrauch. G. Thieme, Stuttgart 1975.
9. Wartburg von J.-P.: communication publiée dans ce volume.

Adresse de l'auteur: Prof. H. Solms, 10, rue Albert-Gos, CH-1206 Genève (Suisse)