Henri GOMEZ

Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool

3e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.
Le Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

DANGER
LE PHOTOCOPILLAGE TUE LE LIVRE

© Dunod, 2014 (2007, 2011)
5 rue Laromiguière, 750005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-071298-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).
Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Aux soignants, alcooliques, proches,
et décideurs du passé récent et du futur proche.
À Robert, Françoise et Thomas, à Michèle Monjauze et
Gérard Vachonfrance, *in memoriam*

Et comme il se dit dans le générique des films,
mes sincères congratulations
à Michelle, Véra et Juliette pour leur relecture attentive
et leurs observations.

« Trop facile d'attendre et de compter sur les autres ou sur l'État.
Et dangereux. Sortons de cette torpeur qui nous écrase.
Pour éviter que notre inaction devienne un crime contre notre humanité.
C'est quand chacun d'entre nous attend que l'autre commence
qu'il ne se passe rien. »

Henri Grouès, dit l'Abbé Pierre
(Cité par *La Dépêche du Midi* du 23 janvier 2007)

d'autres auteurs, pour participer à l'effort théorico-pratique. La clinique alcoologique doit pouvoir se décliner sur de larges thèmes permettant des confrontations d'éclairage. L'écriture mais aussi la « toile » peuvent donner aux personnes concernées par la problématique alcoolique des repères et des moyens efficaces. C'est ainsi que nous avons précisé et préciserons des thématiques telles que la honte, la résilience, les processus de victimisation mais aussi le cinéma comme langage, en nous promettant d'intégrer une réflexion psychosociale sur le travail et les marginalisations qu'il induit, ou encore le rôle essentiel qui peut être joué par des alcooliques sobres, à certaines conditions.

La « toile » et l'écriture se prêtent à tous les usages, les pires mais aussi les meilleurs, tout comme la mondialisation. Celle-ci, en dépit des menaces pour les civilisations soumises à la dictature destructrice du Divin Marché, aux blocages à l'œuvre dans la Santé et la société tout entière, est aussi promesse de rencontres avec des énergies et des créativités nouvelles.

H. G., janvier 2014

Avant-propos

Écrire pour être lu

Le bon usage du temps se perd dans le cours irrégulier de nos vies. Nous nous devons d'être pragmatiques. Ainsi, est-il encore justifié d'écrire de nos jours ? Sans doute, l'écriture sert-elle à penser et à se panser mais le jeu en vaut-il la chandelle, à l'heure des réseaux sociaux ? À défaut d'une orchestration médiatique réservée à la vente de masse, la plupart des ouvrages utiles sont assurés d'un impact restreint et éphémère, d'autant plus anecdotique qu'ils ne s'inscrivent pas dans l'air du temps. De tard en tard, cependant, par l'effet du bouche à oreille, c'est-à-dire des échanges électroniques, l'un d'entre eux déjoue la confidentialité à laquelle il était promis. L'auteur est alors repéré, reconnu, mais qu'en est-il de son influence ? Il participe à l'illusion de la nouveauté, à la distraction pascalienne. Quand il est novateur, il aide les dirigeants éclairés à ajuster leur mainmise intellectuelle. Il nourrit, contradictoirement, l'esprit critique de ceux qui subissent l'ordre établi. L'exemple emblématique de cette ambivalence est *Le Prince* de Machiavel. L'universalité suppose de considérer le Monde avec le regard d'un enfant blessé, tel *Le Petit prince*, texte et images associés.

En matière de lecture, la contribution de Pierre Bayard[1] est novatrice. Cet enseignant psychanalyste nous a fait prendre conscience que la

1. Bayard Pierre, *Comment parler des livres que l'on n'a pas lus*, les éditions de Minuit, 2007.

moindre de nos productions livresques est plurielle. Elle est parfois mort-née car refusée par les éditeurs. Ou bien, après une présence fugitive sur quelques étalages, elle attend l'heure du pilon. Cependant, la première de couverture peut attirer les regards. Un titre accrocheur peut provoquer une rotation de poignet pour découvrir le dos de l'objet. Le geste en reste là, le plus souvent. Il n'empêche. Nous en sommes à deux livres dont on pourra parler : le titre et l'auteur, le résumé. Le moindre écrivaillon peut ainsi se prévaloir de deux œuvres complètes. L'introduction et, dans une moindre mesure, la conclusion sont réservées aux gens pressés mais cultivés, et aux non-lecteurs habituels. Ces intrépides doivent être choyés. Mis en appétit, ils auront peut-être le courage de digérer le corps du texte, dans l'ordre, en diagonale, par fragments, par effets de crayonnage et de surlignage, par le recours respectueux à des signets et à des notes. Cette appropriation aboutira à un nouveau livre, le leur, que personne ne connaîtra sauf à être rédigé et publié à son tour.

Lecteur, si tu daignes lire le préambule qui va suivre, en dépit du peu de temps dont tu disposes, tu auras fait reculer ma solitude et la tienne. Le reste est offert à ta liberté.

Pour le lecteur pressé

L'alcoolique, c'est l'autre.

Nous n'avons rien à voir avec ce personnage qui trahit nos traditions du bien-manger et du bien-boire, qui se conduit et conduit mal. *Nous, eux. Chacun à sa place*.

Cependant, plus les usages aberrants de l'alcool se banalisent, plus les alcoolisations problématiques se diluent dans les addictions, plus les frontières se brouillent.

Et si l'alcoolique était notre miroir ? Un miroir d'autant plus révélateur qu'il montre ce à quoi nous avons échappé comme personne, sans l'avoir cherché. Le miroir d'une société déboussolée. La nôtre.

Quelle délimitation donner au mot ? La définition doit être simple, ne pas souffrir de controverse : *l'alcoolique, c'est celui dont la façon de boire est indiscutablement préjudiciable*. Pour lui, pour les autres. Ainsi le champ de l'action soignante est-il fixé.

Si la recherche de l'effet l'emporte sur le plaisir du goût, si l'état second ou l'ivresse deviennent le mode de régulation, hebdomadaire, quotidien, ou discontinu, d'un mal-être, nous sommes confrontés à *un détournement d'usage*. Ce détournement d'usage a des effets très défavorables sur tout ce qui fait une vie : le travail, le couple, les enfants,

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

l'estime de soi... Pourtant, le sujet continue d'avancer dans l'impasse. *La perte du contrôle* de la consommation, qui s'exprime, un temps, sous la forme du *besoin de contrôle,* marque un tournant. *La dépendance* est l'aboutissement d'un processus. Elle représente *une capture de l'énergie libidinale associée à des troubles de la connaissance de soi*. L'alcool est au pouvoir, balayant toute fiabilité. Les troubles dits cognitifs sont au premier plan. Ils ne disparaîtront pas toujours à l'arrêt de l'alcool. Ils préexistaient souvent. Ils ont été aggravés. Le sujet est étranger et comme indifférent à lui-même, à son corps, à son temps, à ses choix... Il oppose le déni à l'évidence, la dénégation en forme de minimisation et de « mauvaise foi », les mensonges. La moindre des difficultés ou des occasions devient prétexte à boire. Il s'angoisse, s'ennuie, perd la mémoire et l'envie, éprouve le vide.

Les modes de consommation modernes, à l'anglo-saxonne, visant l'ivresse, ont avancé l'heure où boire devient incompatible avec la gouvernance psychique et la vie relationnelle. La dépendance est la conséquence d'une compatibilité innée/acquise et l'alcool croise toutes les routes. La dépendance prend forme par le génie propre de l'alcool, par ses effets pharmacologiques, anxiolytiques, euphorisants, anesthésiants, mais aussi par ses effets sensoriels, par ce qu'il évoque dans l'inconscient. Elle est le symptôme et l'agent d'*une pathologie de la sécurité affective et du lien*, la trace d'*un défaut d'individuation* somato-psychique qui se revit en buvant, avec des angoisses d'abandon, de séparation, de morcellement, d'anéantissement. De très nombreux facteurs diachroniques d'ordre différent sont à prendre en compte : génétiques, psychopathologiques, familiaux, culturels, sociétaux, événementiels. La vulnérabilité neurobiologique devient déterminante dans de nombreux cas. En même temps, elle bénéficie d'un effet d'ambiance.

Les addictions aux autres produits psychotropes, médicaments compris, les comportements compulsifs, anciens et modernes, accompagnent, précèdent et parfois suivent l'installation d'alcoolisations pathologiques. Cigarette, cannabis et bière, conduisent aux alcools forts. Le vin s'habille de plastique et se transporte en cubi, quand les finances ne suivent plus. Le patient est presque toujours de nos jours un polyaddicté, avec *un effet de vases communicants et de sommation* entre produits psychoactifs. Il est question de *part alcoolique*[1] ou de composante addictive du fonctionnement psychique. Dans nombre d'histoires, l'alcool prend le statut d'*un produit de substitution, ou de complément* en plus du Subutex© ou de la Méthadone©, doté des avantages décisifs d'être

1. Monjauze Michèle, *La part alcoolique du soi*, Interéditions, 2011.

disponible, licite, relativement bon marché. Les addictions créent une ambiance délétère. Le *il est interdit d'interdire* a abouti à un renforcement de la surveillance et du contrôle social.

Personne ne s'avise de contester l'impact du contexte développemental d'un enfant comme facteur de désorganisation psychique. *Une ambiance familiale* peut être *traumatique, dure ou molle*, selon le mode de violence exercée, et induire un conditionnement, des effets d'imitation ultérieurs. *Le laxisme est aussi une violence* dans la mesure où il associe défaut d'attention et de repères. L'alcoolisme est souvent, mais pas toujours, le symptôme et l'agent d'un dysfonctionnement familial passé et rejoué dans les deux lignées. Il est source de confusions de générations et d'identité sexuelle, de transgressions. Cet effet systémique et de contamination se retrouve chez le conjoint. Combien, par exemple, de filles d'alcooliques font couple avec un alcoolique ? Le soignant a besoin de connaître l'histoire du patient, sa version du roman familial, s'il en a une, et son contexte affectif. Les familiers influencent l'évolution. Le sujet peut retrouver ses vieux fonctionnements, ses vieux schémas, s'il n'y prend garde, à leurs côtés. La répétition semble inscrite dans son inconscient. Rencontrer l'entourage possiblement aidant ou à problème est une étape importante pour le soin.

Il est d'autres réponses pathologiques à la souffrance inexprimée, en particulier quand le buveur suspend son addiction. La douleur peut adopter le langage du corps et développer des maladies psycho-fonctionnelles ou psychosomatiques. Dans la première éventualité, un organe souffre mais, anatomiquement, rien ne se constate. Dans la seconde éventualité, les lésions occupent le devant de la scène : la peau s'altère, une muqueuse pleure le sang, une maladie grave met en jeu la vie du sujet. Le corps, tel celui de Saint Sébastien, exhibe plaies, cicatrices, percings.

Les troubles de l'humeur – grande anxiété, dépression, troubles bipolaires – représentent un terreau favorable au développement des conduites addictives. Ils ne sauraient jouer un rôle d'écran et faire l'économie de la compréhension de la psychopathologie à l'œuvre, de la structuration psychique sous-jacente : organisations limites, instables et compliquées à gérer, pathologies du narcissisme, psychoses, traits névrotiques surajoutés et, assez souvent, au premier plan. Il serait plus judicieux de parler de troubles psychopathologiques ou de pathologie psychiatrique avec co-morbidité addictive que l'inverse. Les personnalités addictées sont de moins en moins solidement structurées. Leurs ressources mentales sont de plus en plus éparpillées. Ne nous leurrons pas : la problématique alcoolique est une pathologie complexe dont le pronostic d'ensemble va en s'aggravant.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Penser en termes de causalité linéaire relève ainsi d'un déterminisme simplet. Une même cause peut produire des effets diamétralement opposés. Elle peut être à l'origine d'*une faille* psychique (Monjauze) repérable au Rorschach, d'*un défaut fondamental* (Balint), qui s'exprimera quelquefois des dizaines d'années plus tard, lors de la retraite ou du départ des enfants, par *rupture d'étayage*. Elle peut avoir des répercussions mentales qui handicapent le sujet dès son adolescence. Un détail de vie banal en soi peut avoir des effets structurants pour le pire mais aussi pour le meilleur. L'habitude du danger peut aussi bien nourrir *la résilience*, cette aptitude à survivre après des traumas.

Comprendre sert avant tout à donner une interprétation qui atténue et recentre honte et culpabilité. Une empathie distanciée incite la personne alcoolique à persévérer dans la relation de soin malgré les retours d'alcool. La part de l'imprévu donc de l'intuition clinique, mais aussi du détail hasardeux ou du changement de contexte, intervient dans la prise de distance avec l'alcool, déjouant protocoles et pronostics. Une maturation s'est faite. L'alcoolique peut décliner le paradoxe de Monjauze : « Puisque je ne peux m'en passer, je ne vais pas en boire une goutte ». Contre toute attente, le temps de l'acceptation, de la responsabilité, et des initiatives se fait jour, suscitant apprentissages, progrès, changements. Le clivage donne l'impression, exacerbée par l'alcoolisation, d'une personnalité dédoublée, Sa présence signifie aussi que le sujet a une part de lui-même compatible avec une juste appréciation du réel. L'ambivalence va pouvoir lui succéder, autorisant des choix de compromis. Le soignant doit encourager cette *part adaptative*, désactiver les facteurs qui la neutralisent, inciter le sujet à supporter ses peurs autrement que par l'addiction et les chimères. Il doit inciter son patient à avoir le courage de l'intelligence, à lier l'esprit critique à la créativité. Dans les moments difficiles, le soignant doit manifester sa disponibilité, comme la bouteille, avec la parole en plus, sans se laisser absorber.

Le patient alcoolique est, surtout dans les premiers temps de la relation, un client difficile : trop près, envahissant, trop loin, absent, aussi exigeant qu'inconstant. Son temps n'est pas celui du soignant. Dès lors, *il est tentant de préférer parler de lui que parler avec lui*. Le colloque singulier présente des particularités, d'autant qu'il s'agit souvent, lors des premières rencontres, d'un patient sans demande explicite, et par la suite, d'un sujet à la pensée opératoire. L'écoute fonde *l'avance de la parole* car, autrement, le patient est confronté à son manque-à-dire, aux difficultés de la mise en mots. L'avance de la parole n'est pas un discours à sens unique et stéréotypé émanant du soignant, face à un

patient muet ou limité à l'expression d'une pensée convenue, mais une subtile dialectique qui prolonge les propos du patient, posant les bases d'une relation intéressante. La parole soignante n'est pas de l'ordre de la logique, du raisonnable, dont les oreilles de l'alcoolique sont rebattues, mais plutôt de l'ordre du paradoxe, de l'association libre, de la métaphore. Pour dédramatiser l'expérience du mal-boire, il suffit de citer des faits d'armes racontés par d'autres alcooliques. Ne pas prendre une coupe de champagne ou un verre de vin en société reste un acte incivil alors que fumer l'est devenu.

L'explication a sa place dans la relation de soin, comme elle l'a pour toute autre pathologie. Il s'agit non de farcir les têtes de connaissances inutiles mais de donner des notions qui aident à accepter la nécessité de la non-consommation. Nul besoin d'être anatomopathologiste pour faire comprendre par un simple schéma que la zone du besoin de boire, des plaisirs compulsifs et répétitifs, se situe dans le diencéphale et les noyaux gris du cerveau et que la volonté n'intervient pas à ce niveau. La mise en place du conditionnement à boire par l'effet des alcoolisations successives aboutit chez le dépendant à un renversement de pouvoir : l'intelligence et la délibération se soumettent aux besoins de satisfaction que nous partageons, d'un point de vue neurologique, avec les rats. Dès lors, la question est simple, acceptons-nous de donner en nous le pouvoir à un rat ou prenons-nous le risque de la lucidité et du bon sens ?

L'avance de la parole se fait au sein des groupes : « Je me reconnais dans ce que vient de dire... ». L'alcoologie clinique renverse la position du docteur Knock : l'alcoolique peut être aussi un bien portant qui ne s'ignore plus. Au grand dam des non-alcooliques qui ont besoin qu'il aille mal pour avoir l'illusion d'aller mieux.

La *tentation normative* est l'attitude privilégiée par les proches et l'État. Elle considère l'alcoolique comme un déviant dont il faut contenir les excès. Le champ visuel se rétrécit sur la bouteille et la main qui la tient. L'alcoolique est une des cibles du système judiciaire, un client de l'Institution psychiatrique. L'alcoologie est organisée comme un volet de la médecine sociétale, sur le modèle des soins prescrits aux toxicomanes : des médicaments, une obligation de suivi. La problématique s'alourdit aussi des insuffisances de la *praxis* clinique, des inadaptations de l'offre du soin, de l'absence de filière praticienne identifiable.

Privilégier une seule grille de lecture engendre des erreurs d'appréciation et réduit les approches thérapeutiques. *La fonction soignante* s'exerce aussi sans protocole codifié, en dehors des professionnels. *La surprise* est une composante du soin. Nous ne pouvons négliger comme soignants la force de l'irrationnel, de la subjectivité. La suggestion, n'en

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

déplaise aux fidèles du père de la psychanalyse et des partisans des sciences « dures », peut se révéler un puissant levier. L'hypnose, l'EMDR et les techniques dérivées suggèrent qu'il est possible de soulager en brouillant momentanément la conscience !

Borner les temps thérapeutiques à des hospitalisations sans préoccupation d'*alliance thérapeutique*, privilégie la logique institutionnelle sans bénéfice durable pour le patient. L'alliance thérapeutique gagne à se développer, à partir d'une hospitalisation brève[1], ou sans hospitalisation du tout. La relation d'aide peut s'étoffer, même si l'alcoolisation perdure plus ou moins. Isoler le patient de son milieu de vie pendant plusieurs semaines ne doit plus être la règle. Le soin alcoologique ne doit plus se concevoir sur le mode de « la cure ». Les hospitalisations devraient toujours être prolongées par un accompagnement de proximité préétabli. Le temps de l'urgence n'est pas celui du soin, même si c'est une occasion de parler d'alcool. L'alcoolique peut retirer un bénéfice du lien avec plusieurs cliniciens. Aucun alcoologue averti n'en prendra ombrage. *Le soin alcoologique s'accommode assez mal d'une relation duelle*. Un enfant a besoin de deux parents, compris comme deux sources de repères, d'affection et de limites. Le suivi bifocal, pour prendre une expression de Maurice Corcos, s'impose en cas d'adolescent. Le groupe de parole peut satisfaire ce besoin, en le complétant par la dimension fraternelle qui se vérifie dans la relation égalitaire et le double JE du clinicien.

Sans doute des alcooliques s'arrêtent-ils de boire tout seuls et longtemps. Ce fait ne justifie pas pour autant le laisser-faire des soignants et les *hospitalisations-parkings*, lieux de passivité, de dévalorisation accrue, de pourvoyance et d'illusions affectives. L'alcoolique n'a pas, au début de sa démarche de soin, la moindre idée de ce qui lui sera utile. Il a ses défenses, ses préjugés, confortés parfois par des expériences de soin décevantes. S'il a eu besoin de drogues, nul doute qu'il vivra mal les règles. Il ne connaît les limites qu'en les transgressant. La tarification à l'activité achève d'en faire des patients peu attractifs pour les établissements. De ce point de vue, rien ne vaut une bonne cirrhose ou un os à réparer. La psychothérapie demande du temps et du savoir-être. Elle demande aussi d'être financièrement accessible à tous ceux qui en ont besoin.

Le soin a besoin d'une méthodologie et de cadres pérennes pour s'adapter à la diversité des patients. Une chose est certaine, les alcooliques ne disposent pas aujourd'hui d'un corps de cliniciens capables de répondre à leurs besoins. Globalement, les pathologies somatiques

1. Gomez Henri, *L'hospitalisation brève en alcoologie*, Érès, 2012.

trouvent encore leurs techniciens, en dépit d'une pénurie croissante, manifeste au-dehors des agglomérations.

Les pathologies du psychisme sont nettement moins pourvues. Nous aurions besoin de praticiens alcoologues, de psychologues cliniciens habitués aux problématiques addictives, de thérapeutes du conjoint et des enfants, de soignants capables de développer les aptitudes corporelles et créatives. Mais les statuts professionnels facilitant l'accès aux soins de tous, par extension des paiements par la Sécurité sociale, ainsi que les contrats d'objectifs et de moyens opérationnels, font défaut. *La société du gaspillage* oppose des chiffres aux réalités, des études randomisées coûteuses et sans résultat interprétable au bon sens, à l'expérience, à l'innovation, aux besoins les plus criants. La recherche scientifique, si on peut dire, a le dos large, au détriment des cliniciens de terrain. On s'interroge, aujourd'hui, sur les bonnes procédures à proposer selon les profils des patients, alors qu'en réalité c'est le patient qui choisit en fonction des menus que lui proposent de trop rares équipes de cuisine.

Au prétexte de la crise, un *darwinisme sociétal* informulé s'opère à grande échelle. Il s'intensifie à bas bruit. Il ne se limite pas aux alcooliques, même si l'alcool finit souvent par se retrouver sur le chemin des laissés-pour-compte. À maints égards, l'alcoolique est un citoyen exemplaire : l'*homo addictus* consomme, produit, fait vivre toutes sortes d'institutions et meurt, avec l'aide du tabac, dix ans au moins avant les autres, participant ainsi à l'équilibre des retraites. Il justifie l'ordre établi plus qu'il ne le dérange.

Les détournements d'usage ne sauraient justifier la *diabolisation du vin* ou des alcools ayant acquis des lettres de noblesse culturelles et hédoniques. Le débat pour ou contre le vin a un côté surréaliste. On peut cependant s'interroger sur le volume de production, sachant que 50 % des boissons alcoolisées sont consommées par 10 % de la population, et sur les formes commerciales des boissons visant manifestement à habituer les adolescents à boire des alcools forts. La prévention voit son champ limité à des mises en garde, à des spots TV parfois réussis, à des mesures en entreprise qui déplacent les consommations d'abus dans la sphère privée, sans empêcher les *burn out* ni l'encombrement des tribunaux par des délits de conduites au volant alcoolisées. Des interventions brèves sont mises en place dans les grosses entreprises pour faciliter le repérage et diminuer *leurs* risques médico-légaux. Le repérage ne prend sa signification qu'à la condition de disposer d'un réseau soignant qui, en réalité, n'existe pas à la hauteur des besoins. À *quoi sert de dépister une panne, si on n'a pas les moyens de réparer ?* De même, la prévention n'est pas intégrée dans une pédagogie progressive.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

L'information ne s'inscrit pas dans une mise en dialogue enseignante, de la fin du primaire à l'enseignement professionnel. Il se parle d'alcool dans l'ignorance des ressorts de la problématique alcoolique.

L'alcoolisme dessine en creux des alternatives de changement. Marx résumait le tragique de notre condition en une formule : « Les hommes font l'histoire mais ils ne savent pas l'histoire qu'ils font ». Nous pouvons cependant faire preuve de résistance, passive ou créative, et faire vivre des valeurs étrangères à la logique autodestructive en cours, orchestrée par l'ultralibéralisme aussi déshumanisé que les totalitarismes historiquement dénoncés. Chaque groupe social devrait œuvrer dans *un esprit de résistance créative*[1], car critiquer n'est recevable que si d'autres solutions éprouvées sont expliquées et enseignées.

Un meilleur rapport au temps et à l'action, un entraînement au discernement, une éthique recréée, un souci nouveau de l'équilibre psychique et somatique, une affectivité plus ajustée, une créativité conforme aux aptitudes représentent *des clés pour un changement* significatif. L'entraide n'est pas un mot pieux mais une réalité vérifiée dans le travail en groupe et autour du groupe, avec les soignants. Ces derniers ont à maîtriser leurs contre-attitudes et leurs contre-transferts, à les comprendre, à abandonner l'illusion de toute-puissance, à gagner en humilité. Les patients ont alors *la possibilité d'être co-auteurs de leur soin*, à la façon dont un lecteur s'approprie l'œuvre d'un auteur qu'il aime.

Un maître mot doit guider nos pratiques, celui d'*efficience* : comment soigner mieux au meilleur coût ? Les deux termes doivent être équilibrés, pas question que l'un serve à faire négliger l'autre. Notre offre de soin a des particularités dont plusieurs justifieraient d'être modélisées. Notre méthodologie repose sur trois temps qui ont été détaillés dans nos précédents ouvrages : la première rencontre ou *entretien préalable*, suivi après accord soit par un soin uniquement ambulatoire – associant entretien d'histoire, communication de références livresques, incitation à découvrir le travail en groupe –, soit par une hospitalisation brève ou *stage*, ce second temps ouvrant sur *l'accompagnement* dont la base est l'association d'un temps individuel mensuel à des temps collectifs, facultatifs, représentés par *un travail en groupe élaboré* sous la responsabilité de l'alcoologue et d'autres soignants. La fréquence trihebdomadaire assure la dimension psychothérapique. En cas de phobie des groupes, d'éloignement géographique ou d'indisponibilité personnelle, il est aisé de communiquer les comptes rendus des séances, préférentiellement

1. Nouvelle revue de psychosociologie, *La résistance créative*, Érès, 2009.

par mail, contre une adhésion à l'association de réflexion et d'entraide constituée, pour permettre qu'un travail de réflexion (d'élaboration) se fasse. Ainsi le travail de l'alcoologue reste une activité de clinicien.

Les thérapies cognitivo-comportementales ont suscité l'expression d'*entretien motivationnel*. Nous lui préférons celle de *première rencontre*, adoptée aussi par d'autres auteurs, ou d'*entretien préalable*. Le second temps est d'ordre initiatique. Il peut correspondre à une *hospitalisation brève* sur 8 jours effectifs, d'un mercredi à l'autre, pour quatre patients au maximum. Le « stage » se présente comme une alternative à la cure classique de 3 semaines ou plus. Le séjour n'a nul besoin d'un cadre psychiatrique. Nous le réalisons d'ailleurs, depuis le commencement, dans un établissement médico-chirurgical pour les pathologies somatiques. Notons que la Sécurité sociale autorise un psychiatre à réunir 30 patients sous sa responsabilité dans une structure de soin, à plein tarif. Un travail de forçat ou de fumiste, à moins de disposer d'un corps exceptionnel d'infirmières, de psychologues cliniciennes, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de soprologues. Le rapport financier est donc caricaturalement en notre défaveur, étant entendu que pour des raisons d'harmonie entre les hospitalisés, le nombre d'hospitalisations se réduit assez souvent à 3 par semaine.

De nos jours encore, il se produit des sevrages sur une semaine sans le moindre souci d'amorcer *l'après*. L'hospitalisation sert uniquement à assurer un sevrage physique sécurisé. Pourquoi le patient choisirait-il d'aller plus loin ? Qu'a-t-il découvert d'incitatif pendant ces jours passés à l'horizontale ? Nous avons densifié autant qu'il se pouvait cette semaine, dite de *prise en charge* car le sujet est, au début, plutôt passif ou du moins attentiste – il demande à voir. Nos *visiteurs* de l'AREA, association de bénévoles, sans ou hors-alcool selon la distanciation avec la référence alcoolique, donnent du temps, de l'écoute, de l'expérience, de l'espoir. Pour témoigner de la période du *sans-alcool* et de la révolution qui a suivi pour eux, ils sont incomparables. Ils mettent en œuvre *un compagnonnage*. Chaque visiteur bénéficie de la supervision des soignants, différence essentielle avec les *counsellors*, prestataires de service, qui ne font le plus souvent l'objet d'aucun suivi et n'effectuent pas de psychanalyse ou de travail d'élaboration en groupe. Chaque équipe de stagiaires apporte son lot de découvertes. L'effet du séjour est laissé au pouvoir du Dieu *Kaïros*, celui des opportunités. La semaine s'enrichit de la mise à disposition de *films hors-objet* (l'alcool étant l'*objet*), stimulant, hors référence à l'alcool et hors séjour, les capacités d'expression et la pensée associative. Le corps n'est pas oublié. Ce qui est esquissé dans ce

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

temps fort qu'est l'hospitalisation doit pouvoir faire trace et être repris par la suite, de retour dans son quotidien.

Le groupe de parole médiateur du lien s'inscrit comme tiers dans la relation soignant/soigné. C'est un outil multifonction[1]. Avant tout, il fournit un climat agréable, sécurisant, où la bonne humeur s'associe à l'authenticité et à un effort de réflexion. Il bénéficie de plusieurs grilles de lecture, cognitives, comportementales, analytiques, systémiques..., qu'il décline sous la forme de thématiques larges. Ouvert à des participants différents quant à la structuration psychique et à la distance prise avec l'alcool, ce type de groupe est nécessairement *éclectique* et *intégratif* [2]. C'est même le plus bel exemple d'outil intégratif. Il permet un travail psychique en stimulant la pensée associative et paradoxale. Participer au groupe dans la durée prévient les réalcoolisations ou atténue leurs conséquences. Il aide une majorité de sujets à faire de l'abstinence un organisateur psychique. On conçoit aisément que cet objectif ne soit pas envisageable dès la première rencontre.

Pendant les séances, le soignant contrôle les décharges émotionnelles et les contre-attitudes. Il assure reformulations et transitions. Il use du *Je* de l'alcoologue et, ponctuellement, du *Je* comme personne. Comme personne, le soignant est ainsi un analysant, comme soignant, il joue principalement de ses aptitudes contre-transférentielles. Le groupe, par sa consistance et ses retours, est son analyste. Chaque séance donne lieu à un compte rendu à partir de notes recueillies par des *scribes*, mises en forme par le soignant chargé de la réunion. Le compte rendu est alors donné à tous les adhérents de l'association. Le respect de ces critères fournit une base référentielle qui rend les évaluations aisées. Ce groupe permet la formation d'étudiants et de soignants. Le travail effectué est à l'origine d'un langage, d'une mémoire et d'une culture propres, d'un style. Un tel groupe exige une forte implication de soignants expérimentés, psychiquement solides et culturellement ouverts. C'est une des conditions pour devenir le lieu géométrique d'un soin conçu sur le principe de l'alliance thérapeutique. Ce type de groupe, véritablement *psyCOalcoologique*, selon le mot de Gérard Ostermann, est spécifique de l'accompagnement après le temps d'hospitalisation. Il n'a pas bénéficié de la reconnaissance des milieux hospitalo-universitaires. Faute d'être reconnu comme *référentiel de l'accompagnement* alcoologique, il ne dispose pas de moyens budgétaires pérennes alors qu'il est une source d'économies en temps, en consultations, en journées d'hospitalisation.

Une pratique alcoologique centrée sur les personnes et leurs proches suppose la formation à la relation des différents acteurs du champ : les médecins généralistes et du travail, les soignants, les professionnels

confrontés aux réalités des problématiques addictives, ceux qui ont la charge de la vie collective. Cet effort serait nécessaire pour obtenir *un effet de filière et de partenariat* optimal. Nul n'est à exclure, bien au contraire. Chacun doit évoluer pour donner plus d'efficience à l'ensemble.

Que les Pouvoirs publics n'aient pas saisi à ce jour l'intérêt économique, dans les différents sens du terme, d'une telle approche n'est pas étonnant. Les démarches évaluatives actuelles confortent, dans leur forme, l'incompréhension entre les décideurs et les acteurs de terrain alors que l'intérêt commun serait de favoriser, par ce biais, des éclairages pertinents. *L'évaluation est toujours politique* – et nous pourrions ajouter jamais réellement scientifique. Tout dépend pourquoi elle est établie, qui la fait, comment elle s'opère et pour quels résultats.

En près de 25 ans, nous avons eu tout loisir de vérifier la fermeture des Pouvoirs publics aux innovations représentées par les divers aspects de notre conception de la relation de soin en alcoologie. Le management actuel des entreprises soumises aux impératifs de rendement financier ne fait qu'agraver la situation. Le phénomène du tout-virtuel n'aide pas au dialogue au sein des équipes soignantes et moins encore le caractère interchangeable de celles-ci, avec l'extension de l'intérim. Notre pays souffre d'un double cloisonnement, vertical, entre le haut et le bas, et horizontal, entre acteurs de terrain. Il semble incapable de se réformer utilement. Une meilleure inspiration lui viendra peut-être d'ailleurs, de pays capables d'audace.

Le fonctionnement de nos sociétés évoque de plus en plus celui des *organisations limites de la personnalité* : coupure avec les réalités, immédiateté, primat de l'émotionnel, de l'événementiel, de l'apparence, choix des sensations et de la fuite en avant, au détriment du sens, insouciance quant aux conséquences, goût pour les amalgames, caractéristiques de *la pensée paresseuse*, au détriment des analogies, déni et clivage, immaturité, Surmoi de pacotille, bouillie de morale, alibi du laisser-faire, Moi en miettes, auto-destructivité active.

L'alcoolique nous donne un message d'espoir : il faut *toucher le fond* pour réagir véritablement. L'intervention des soignants vise à *relever le fond*, selon une expression de François Gonnet.

Une conclusion s'impose pour aujourd'hui, la personne devenue alcoolique doit rechercher ses appuis dans le labyrinthe des vraies-fausses solutions. Elle doit se faire à l'idée de lâcher sa béquille et se hasarder à créer son propre chemin, fût-ce en chutant et en boitant. Elle doit apprendre, à la fois, à compter sur ses ressources et à trouver les bonnes personnes car, seule, le parcours devient trop difficile. Avec le temps, le

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

pas se fera plus assuré, plus alerte. L'alcoolique, figuration, avec Œdipe, des destins tragiques, peut changer de culture, et devenir, enfin, à sa manière, *épicurien*. À bien y réfléchir, la question centrale de notre époque, pour les peuples de civilisation greco-latine en particulier, est : « Qu'est-ce qu'être épicurien aujourd'hui ? ».

Depuis 2011, notre mode de soin a été infléchi dans le sens d'une diversification de l'offre avec la double préoccupation de s'adapter à la situation clinique de chaque patient et de viser l'efficience. Nous avons évité le plus possible les hospitalisations ou tout au moins limité leur durée à ce qui est effectivement nécessaire. L'effet de réseau permet aussi de faire prévaloir la logique clinique sur les logiques institutionnelles. L'effet de filière, à partie des divers points de rencontre des personnes ayant des problèmes à cause de l'alcool – médecins généralistes ou spécialistes, médecins du travail, services de justice ou lieux d'apprentissage...– permet de laisser le moins possible de patients sur le bord de la route. Nous avons voulu dégager de l'activité quotidienne une offre permettant la réalisation d'un véritable soin psyalcoologique au plus près des conditions de vie du patient, qu'il se réalise en ambulatoire ou qu'il passe par un temps d'hospitalisation. Dans les deux cas, le soin suppose un accord, un contrat entre les parties et un double investissement de part et d'autre, côté patient et parfois proches, et côté soignants. Au-delà de la question du coût, nous avons le souci de laisser mûrir la motivation du sujet avant de l'aider à se lancer dans l'aventure d'une vie où l'alcool est écarté. Nous avons également la préoccupation de tirer parti de tout ce qui fait ressource chez le patient, en lui et autour de lui. Nous cherchons à lui laisser l'initiative, quitte à l'accompagner dans ses hésitations et ses erreurs. Nous n'avons d'ailleurs pas la prétention de savoir à l'avance ce qui est bon pour lui. Nous savons qu'il réussira d'autant mieux qu'il deviendra un acteur conscient de son rétablissement. Nous faisons confiance à la relation instaurée pour qu'elle donne des solutions aux difficultés du parcours. Le temps fournit lui-même des ouvertures qui n'existaient pas lors des premières rencontres. Des pertes, de nouveaux échecs mais aussi de bonnes opportunités peuvent changent la nature de la démarche. La relation d'aide s'inscrit ainsi dans une pratique humaniste de l'alcoologie.

Introduction

La familiarité avec des buveurs donne l'illusion de la connaissance. Le serpent du Petit Prince a le pouvoir de résoudre toutes les questions. L'alcoolique répond à ce qui fait problème à sa façon : en buvant. Il tient sa solution : répétitive et conjuratoire.

Face aux réalités, le buveur a mis au flou une stratégie alternative : boire. Il change le manque à être en soif, jusqu'à l'insupportable : « Avec l'alcool, je ne peux plus vivre ; sans, comment faire ? »

De plus en plus souvent, arrivent à la consultation des personnes chez lesquelles la dépendance alcoolique, « le besoin irrépressible de boire », n'a pas eu le temps de s'installer. Elles ne boivent pas tous les jours. Elles attendent le week-end ou les fins de journée, mais, déjà, la liste des préjudices, évidents ou insoupçonnés, s'allonge. Il est question de consommations à risque et d'usages nocifs... La consommation par habitant diminue mais la moitié de la production est bue par 10 % de la population. Soyons lucides, les consommations sont de plus en plus rapidement pathologiques, la problématique alcoolique va en s'aggravant.

Les adolescents, cibles privilégiées, effectuent leurs premières consommations collectives pour s'affirmer et faire comme les autres. Assimiler leurs ivresses à répétition à des rituels de passage sacralise la « fête », alors qu'elle est un argument de défonce et d'accroche des sujets les plus vulnérables. Les laissés-pour-compte se recrutent dans toutes les catégories sociales...

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Ce livre part d'une expérience douloureuse : en dépit des aménagements réalisés, l'offre d'aide est insuffisante dans sa répartition territoriale, inadéquate dans sa forme et dans son contenu. L'alcoologie n'est pas reconnue comme spécialité clinique. Certains espèrent améliorer son avenir en la camouflant sous le manteau des addictions. Ainsi, la problématique alcoolique devrait s'effacer devant d'autres dépendances, moins complexes et moins prégnantes socialement. Il est excellent de lutter contre le tabagisme, qui fait partie avec les bières et le cannabis, des drogues de première dépendance à la post-adolescence. Le tabac tue davantage que l'alcool, 65 000 contre 45 000 personnes par an en France. Leur association est responsable de 15 000 décès annuels supplémentaires. Cependant, le tabac n'attaque pas les capacités psychiques. Il ne compromet pas la tranquillité des familles, ni l'avenir des enfants. Il n'induit pas de déchéance sociale. Il est aujourd'hui concurrencé au sein des jeunes et des moins jeunes générations par le cannabis, en dépit des troubles du comportement induits par son usage habituel. Les médicaments psychotropes jouent placés. L'alcool s'impose en association et comme substitution à la plupart des drogues illicites dont l'impact quantitatif est dix fois moindre.

Si l'alcool est la plus destructrice des drogues aléatoires, elle est également la plus révélatrice du « malaise dans la civilisation ».

Il est convenu de se donner bonne conscience en discourant sur les méfaits du « produit », le cynisme des alcooliers, l'irresponsabilité des buveurs au volant, l'électoralisme des politiques. Il est moins confortable de se confronter quotidiennement aux « malades de l'alcool ».

Harcelés par les tâches quotidiennes, les alcoologues s'habituent à endurer. Ils seraient menacés par le découragement s'il n'y avait le « détail » des souffrances des personnes en difficulté avec l'alcool : les alcooliques, ceux qui risquent de le devenir, leurs proches, d'autres soignants. S'il n'y avait aussi le plaisir de modifier favorablement nombre de trajectoires de vie.

Le tabou le plus déterminant en matière d'alcoolisme concerne donc le soin alcoologique. Aujourd'hui, quand un alcoologue clinicien cesse son activité, la pérennité de son action est en péril immédiat. Particulièrement s'il exerce comme praticien libéral, tant le champ de l'alcoologie est considéré comme une chasse gardée par les centres d'addictologie publics. Dans bien des régions de France, des confrères, salariés ou non, s'épuisent et évitent de partir en vacances, pour que la continuité de l'activité soit préservée. Les personnes en difficulté avec l'alcool doivent évoluer avec les carences de l'offre de proximité. Ce livre sert à faire comprendre ce que la problématique met en jeu et la façon d'en prendre

la mesure. Il va aider les alcooliques et leurs proches à identifier de bons partenaires, car il n'est pas possible de se sortir du piège de l'alcool seul et sans accompagnement durable. Il vise à leur faire gagner du temps, à leur économiser des errements. Il est également destiné à faire d'eux des « résistants » pour un ordre social plus équitable et plaisant.

Couvrir le champ d'une problématique aussi vaste, sous la forme d'un guide, est un défi qui garde sa cohérence grâce au regroupement en six thématiques détaillées. Chacune rassemble plusieurs chapitres, cinquante-quatre en tout, rédigés en phase avec le travail quotidien :

1. *la mise en place de la problématique*, avec la question sous-jacente de la prévention ;
2. *la personne alcoolique, à la période de l'alcool*, afin qu'elle se reconnaisse dans sa diversité ;
3. *l'environnement de l'alcoolique*, dans ses principaux aspects, humains et sociaux ;
4. *l'accompagnement des premiers mois suivant une démarche de soin*, à une période où le système constitué autour de l'alcoolisation entre en déséquilibre ;
5. *le « hors alcool »,* c'est-à-dire le temps du développement et de la mise en jeu d'une conduite de vie réconciliée avec le plaisir et le sens ;
6. *des propositions pour améliorer la pratique de l'alcoologie.*

Ce livre s'efforce de réaliser une synthèse entre des acquis partagés et notre approche de l'alcoologie. L'ensemble est un questionnement.

Nous invitons, à présent, le lecteur à entrer dans ce travail, comme dans un bois, à décrocher après chaque période, à laisser flotter sa pensée, nez en l'air, regard distrait, sur une banquette de train ou de métro, au pied d'un arbre, à la terrasse d'un café, tête à l'ombre et jambes au soleil...

Pour la commodité de lecture

- Des encadrés intitulés « Voir également » proposent au lecteur une filmographie et une bibliographie en rapport avec le sujet précédemment traité. Ils renvoient également à d'autres parties de l'ouvrage. Ceci représente un éclairage complémentaire et permet au lecteur qui le souhaite d'emprunter un autre chemin de lecture.
- La présence d'un astérisque renvoie au glossaire, lequel peut faire l'objet d'une lecture en tant que tel.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.