



Collège Régional des Alcoologues Aquitains

Siège social : 139, rue Lecocq 33000 – Bordeaux
Numéro Formateur : 72 33 06455 33 – SIRET : 482 881 018 00014

Contacts : Gérard Ostermann, Président : 05 56 24 69 90 - gerard.ostermann@wanadoo.fr
Agnès Meyer, Secrétaire : 06 73 00 07 74 – craa@sfr.fr

Les Post Cures en Alcoologie

Dax, le Jeudi 16 juin 2005

Programme

Ouverture du colloque: Gérard OSTERMANN, Médecin, Alcoologue – Bordeaux

« la / les post cures en alcoologie »

Pierre-Marie LINCHENEAU, Psychologue clinicien – Bordeaux

« qu'est-ce qu'on cure ? »

Docteur Lionel BÉNICHOU , Psychiatre – Orthez

« Sainte Foy La Grande »

Docteur Anne REBEYROLLE, Médecin alcoologue – Sainte Foy la Grande

« Clinique Maylis »

Madame Dominique SAN QUIRCE, Psychologue – Narosse

« Val Pyrène »

Docteur Raymond GOMEZ-VERA – Val Pyrène

« la post cure vue de l'ambulatorio »

Docteur Claude ROCHÉ-DESBORDES, Médecin alcoologue – Dax

synthèse

Synthèse de la journée

Pierre-Marie LINCHENEAU, Psychologue clinicien – Bordeaux

Conclusion

Gérard OSTERMANN, Médecin, Alcoologue – Bordeaux

Ouverture du colloque.

Gérard OSTERMANN,
Médecin, Alcoologue – Bordeaux

Nous remercions Monsieur le Docteur Francis SALLES, Directeur de l'Hôpital, pour son accueil aujourd'hui.

Merci aussi à Claude ROCHÉ-DESBORDES, à qui nous devons beaucoup pour l'organisation de cet après-midi. Nous allons parler "post-cure" dans cette belle ville d'eau. Certaines personnes arrivent parfois avec des idées pré-conçues autour de la post-cure et nous allons essayer aujourd'hui d'ouvrir le débat.

Nous serons aidés par des orateurs de qualité, que je remercie :

Pierre-Marie LINCHENEAU, psychologue clinicien à Bordeaux

Lionel BÉNICHOU, psychiatre à Orthez et Président d'Honneur du C.R.A.A.,

Anne REYBEROLLE , médecin alcoologue, et son équipe de La Bastide, à Ste Foy la Grande

Dominique SAN QUIRCE, psychologue à la Clinique Maylis

Joan Ramon GOMEZ VERA, médecin interniste alcoologue, à Val Pyrène

Claude ROCHÉ-DESBORDES, médecin alcoologue à Dax

Et merci à vous tous, pour votre présence aujourd'hui.

Je commence par quelques informations.

Le Collège Régional des Alcoologues Aquitains, qui compte une bonne centaine d'adhérents, organisera un colloque le 6 octobre prochain, avec la participation de Louise Nadeau, de Montréal, particulièrement connue dans le milieu de l'Alcoologie, Alain Rigaud, Président de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie – Addictologie, Michel Réocreux, d'Albi, spécialiste des Thérapies Cognitivo-Comportementales et Myriam Cassen, Systémicienne. La journée sera consacrée aux points d'articulation entre les différents mouvements psychothérapeutiques dans l'itinéraire du patient.

L'inscription est gratuite pour les adhérents du C.R.A.A. - l'adhésion est de 15 € - on demandera simplement une participation pour le repas de midi.

Le C.R.A.A. existe depuis plusieurs années officieusement, officiellement depuis deux ans bientôt. Nos réunions, à Bordeaux, à Orthez, à Montpon l'an dernier, à Dax cette année, donnent lieu à des actes et donc à des publications. L'an dernier, le colloque organisé à Bordeaux autour du thème *Alcool, sexualité, sensualité* a fait l'objet d'un numéro spécial de la revue de psychiatrie *Le Journal*, dirigée par Michel Faruch. 3500 exemplaires sont déjà tirés et seront distribués gratuitement à tous ceux qui ont participé à ce colloque. D'autres pourront l'obtenir pour une somme modique. Nous essaierons aussi de réaliser un acte, une trace écrite, de cette journée; c'est important pour nous. En tant que secrétaire du Groupe Régional Sud-Ouest de la Société Française d'Alcoologie, je rédigerai un document à publier dans la revue *Alcoologie, Addictologie*.

Nous allons aujourd'hui parler de post-cure. Je vais dire des choses qui sont peut-être comme enfoncer des portes ouvertes; ce sera une mise en apéritif pour ce qui sera présenté ensuite.

On sait que personne n'a obligé l'alcoolique à mettre de l'alcool dans son verre, personne ne l'obligera à mettre autre chose que l'alcool dans son verre.

On sait que la postcure se propose de faire passer du « sans alcool » (*il ne m'en faut pas*) au « hors alcool » (*je ne bois pas parce que je le décide*). C'est une appropriation du sans alcool qui devient le « hors alcool », le passage de l'interdit contraint à l'interdit intériorisé.

On va essayer de décliner aujourd'hui un certain nombre de questions: comment la pense t'on? - comment l'indique t'on? - comment la fait-on? en espérant, bien sûr, qu'il y a une articulation entre le penser, le dire et le faire..

La post-cure

Quand on parle de postcure, on entend cure, on entend aussi pré-cure.

Le mot cure amène un certain nombre d'interrogations, déjà soulevées (Conférence CRAA, Orthez) par Lionel BÉNICHOU, présent aujourd'hui, et Michel CRAPLET, l'auteur de nombreux ouvrages chez Odile Jacob Ed. dont *Passion alcool – Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool* et *A consommer avec modération*, qui vient de sortir.

Cure est pour Michel CRAPLET un terme inapproprié. Quand on pense cure, dans la terminologie médicale, on pense souvent à quelque chose du côté du guérir, d'un faire assez actif.

D'où vient que nous élisions certains mots ? Si l'on s'appuie sur l'étymologie, on peut retenir que prendre cure c'est prendre soin de soi – et s'il y a une cure, là, c'est une Cure de parole !

Je me rappelle un vieux dicton de mon enfance: *On ne peut pas éteindre le noir, mais on peut allumer la lumière*. C'est en quelque sorte une Cure de réveil ! Il y a peut-être quelque chose d'un réveil, d'une révélation. Dans curiosité il y a cure ! Elle est importante cette curiosité que l'on peut avoir de soi.

Tout au long de cet itinéraire – de cette itinérance – du malade alcoolique, il nous faut renoncer à la maîtrise du sujet (à tous les sens du terme) pour pouvoir tisser un bout de savoir et peut-être de savoir faire, dans l'après coup, c'est-à-dire accepter de nous laisser enseigner par ceux qui viennent nous parler.

Je l'ai lu, d'autres l'ont dit, je l'ai repris dans mon propos personnel: *l'alcoolique n'existe pas*. C'est volontairement provocateur pour dire qu'il n'y a pas, au sens structural du terme, une personnalité alcoolique. Que l'alcoolique n'existe pas au sens structural n'empêche pas que l'alcoolisme existe, au moins sous la forme d'une définition que fournit la clinique Médicale.

On le sait bien, notre clinique permet de repérer un certain nombre de points de fixation, régression ou autres mécanismes de défense et tout cela a un intérêt pour orienter notre pratique mais nous savons bien que *le pourquoi l'alcoolisme* est une question sans réponse. Il y a une insondable décision de l'être ! Les « a » privatifs – *a psycho somato gnosie* – qui l'affublent ont au moins le mérite, faute d'y parvenir, de souligner que c'est comme sujet du manque et sujet au manque qu'il fait son entrée sur la scène thérapeutique comme sur la scène du monde. Scène thérapeutique qu'il refuse dans un premier temps ! Son alcoolisation ne fait pas symptôme pour lui car c'est précisément la solution qu'il a trouvée pour dépasser certaines difficultés.

Ces définitions de l'alcoolique dessinent, *en creux*, la manière dont nous pourrions l'accompagner, car si l'alcoolique n'existe pas les alcooliques sous légion. Qu'ils soient légion n'implique pas que nous ayons à les faire marcher au pas mais à considérer que, tous différents, c'est sur leurs pas que nous devons régler les nôtres en respectant le précaire équilibre qui est le leur et non en cherchant à le bousculer pour imposer ce que notre incertain savoir nous indique.

On peut remarquer au passage que plus le savoir est incertain et plus les règles et les conduites sont rigides.

C'est une manière de dire que si les symptômes, en tant que signes, peuvent avoir une apparence commune dans ce qu'ils donnent à voir, ils n'en sont pas moins toujours différents dans la façon dont le sujet en use et dans l'équilibre qu'ils permettent.

Les Structures et les Structurations des soins s'avèrent être des réponses à la difficulté que nous avons à cerner la structure et la structuration des sujets alcooliques et en conséquence, de leur rapport à la parole, au corps, au langage et à la demande.

Le but de la cure est double:

Il est d'exclure l'alcool de la vie du sujet parce qu'il la menace et de l'aider à vivre ainsi sans être malheureux, ce qui n'est pas simple.

Je lui expliquerai plutôt que lorsque l'on arrête totalement l'alcool, il existe deux phases. Une première que je nommerai *sans alcool*, où va se faire un travail progressif de deuil de l'objet qui fut celui transitionnel de la sécurité primordiale. Que ce deuil n'est pas celui que l'on imagine quand on est encore dans l'alcool. Il existe des produits pour atténuer dans les premiers jours la *surprise du corps* réagissant au manque sur le mode de la hyperexcitabilité physiologique. Tout cela ne dure que quelques jours.

Je lui expliquerai encore que dans les mois qui vont suivre le psychisme va mettre en place toute une stratégie inconsciente d'atténuation de la souffrance qui résulte de la confrontation au manque primordial.

Après une fréquente phase d'euphorie initiale, le manque va souvent s'extérioriser de façon consciente sous forme de flashes, induits autant par des mouvements psychiques internes que parfois par l'environnement.

Quelques règles comportementales seront utiles dans ces moments

Mais le manque revêt souvent des formes inconscientes que nous pourrions nommer les avatars du manque.

Je lui expliquerai donc la fonction du rêve, du symptôme psychosomatique, des compensations pendant les premiers mois d'abstinence.

Je lui expliquerai la théorie des systèmes. Que lorsqu'il buvait, il s'était inconsciemment placé hors des systèmes de vie familial, professionnel. Ces systèmes déséquilibrés par son absence, n'en ont pas moins continué de vivre au quotidien, en se rééquilibrant sans lui par de multiples adaptations successives sur une longue période de temps

Il faudra bien qu'il accepte l'idée qu'arrêter de boire n'est pas faire ce qu'on lui demande depuis si longtemps, avec applaudissements au balcon à la clé, mais bien introduire un brutal changement dans ce système.

Surtout je lui parlerai des désirs et du plaisir.

Je lui expliquerai encore qu'après cette phase *sans alcool* va progressivement émerger une phase *Hors alcool*, un champ de vie où l'alcool n'a jamais eu cours, ni pour se taire, ni pour parler, se mettre en colère où se calmer, pour faire l'amour ou se quitter.

Arrivé là, je commencerai à me taire, pour l'écouter et l'accompagner dans un moment de vie.

Le soignant, s'il a le courage de ne pas renier son ignorance, c'est à dire son inconscient, n'expliquera pas, il écoutera avec ferveur les balbutiements d'une parole vraie qui se fraie un chemin au milieu de mille et une paroles apprises. Son écoute appelle cette parole, il ne sait pas ce qu'est l'autre, c'est à l'autre de le lui dire.

En le disant, l'autre se découvre, il découvre aussi qu'il est nu, qu'il est inconnu. Ce dire est dur car la nudité peut retransformer en nullité dans l'écoute de celui qui suppose qu'il sait.

J'accepterai d'être dans un premier temps son objet d'addiction, sans en avoir peur, ni en tirer profit comme le dit très bien François Gonnet. Nous, soignants en alcoologie, il nous faut accepter d'être la bouteille de l'autre: nous sommes une bouteille qui parle.

Les gens ne vont pas en post-cure après la cure, ils sont obligés de retourner chez eux et d'attendre de nouveau que y ait un lit en post-cure. Il y a donc un temps supplémentaire dans cet itinéraire, temps qui n'a pas de nom ou alors ça serait le pré post cure.

Il y a un problème qui n'est pas bien résolu dans les semaines qui suivent le sevrage. Ça complique ou ça enrichit ?

Si on passait de la cure à la postcure comme ça de façon automatique, on prend le train comme ça un matin, ça serait peut être top facile, ça ressemblerait trop à une post cure en pensant que ça y est tout est réglé. Peut-être ce temps de l'attente a t'il aussi une fonction?

Comment indiquer?

Indiquer, c'est donner du sens, donner une orientation. C'est bien la question. Un mot sera en filigrane de tout l'après-midi, c'est *autonomie*. Faire du sens c'est aller vers l'autonomie.

Le mot « sens » est surdéterminé, polysémique: signification / orientation / sensorialité – quand on est bien dans sa peau, on est bien dans sa sensorialité, beaucoup de nos collègues spécialisés dans ce type de soins insistent sur la dimension psycho-corporelle.

Mais ça se passe de façon très subjective. Les patients entendent bien sûr parler des postcures, de tel ou tel centre:

ils veulent immédiatement y aller s'ils en entendent du bien.

ils ne veulent surtout pas y aller s'ils en entendent du mal.

Le récit à posteriori de certains patients vient frapper l'imaginaire de l'autre. C'est un peu comme pour un voyage. Si on me dit « tu devrais aller là voir telle chose », je ne vais pas y trouver ce que mon ami m'a dit! Il y a donc risque d'être déçu, et déçu à mesure de notre attente.

La post cure c'est toute la vie ! Après la postcure, c'est la post post cure. C'est là que les choses vont commencer.

La post cure c'est finalement plus mystérieux que la cure.

Pourquoi ça marche, pourquoi ça marche pas?

A t-on assez entendu de choses pour indiquer ?

Pourquoi j'enverrai là plutôt qu'ailleurs ?

Il y a ce que le médecin en attend – il y a ce que le patient en attend: on constate souvent qu'il y a un décalage de ces attentes. Ce décalage risque de compromettre la réussite car nous aussi, médecins, nous parlons de postcure par notre imaginaire.

Faut-il parler de la post cure avant que les gens y aillent ?

Qu'est-ce que cela veut dire de parler de la post cure ? Parler du contenu – de ce qui va se passer? Parler de la nécessité de la post cure ? Peut-être faut-il amener jusqu'à la nécessité.. Si l'on dit trop ce que les gens vont y trouver, ils ne cherchent que ça !

La post cure ne doit jamais être vécue comme un abandon, ni d'un côté, ni de l'autre. On oublie quelque chose des patients quand ils sont partis. Comment cela travaille-t-il le soignant quand l'autre est en postcure? Comment le gérer dans la relation, l'alliance thérapeutique? Nous mettons-nous en cure nous-mêmes?

Prendre soin c'est avoir envie de quelque chose – peut-être avoir envie d'avoir envie? Ce mouvement-là est peut-être celui qui indique la postcure, avec, on le sait, tous les conflits qu'il peut y avoir à la maison, qui constituent bon nombre des indications.

Il faut savoir naviguer entre une maîtrise qui se voudrait toujours plus forte, mais qui serait du côté du pouvoir, toujours source d'escalades réciproques et un laxisme tout à fait mortifère.

Le traitement doit être *contractuel*, c'est à dire entre deux parties, réellement présentes (*chacune ayant ses obligations pour éviter la toute puissance du thérapeute*) et non avec un tiers fut-il très proche.

S'il existe des contraintes de traitement (le sevrage, le contrat un protocole), cela ne saurait se réduire à un traitement sous la contrainte, ouverte ou déguisée, insoutenable aux plans techniques et éthique.

Pour terminer, je citerai Jean Bernard PONTALIS, grand psychanalyste, auteur du *Dictionnaire de la Psychanalyse*, avec J. LAPLANCHE.

J'ai trouvé dans *Fenêtre*, son petit livre magnifique :

« Les mots sont des fenêtres, sinon ce sont des murs ».

Il y pose aussi la question de « *Aimer bien ses patients* ».

Condition pour que le goût de vivre leur revienne à que les choses retrouvent leur saveur.

Aimer bien ses patients - pas trop comme si ce trop était un mal, un amour destructeur pour soi comme pour l'autre.

Les aimer bien, différent de, et même opposé à, « vouloir leur bien ». Ne rien exiger, mais se fier à ce qu'il y a de vivant en chacun ».

Introduction à la Journée C.R.A.A. de Dax – 16 juin 2005

LA/LES POST-CURES

Pierre-Marie LINCHENEAU,
Psychologue clinicien – Bordeaux

Décidément Gérard Ostermann, en proposant ce thème de réflexion, semble engagé à vouloir élaborer une espèce de lexique de l'alcoologie. Et pour ce, rien de tel que de commencer par re-interroger les termes les plus utilisés et donc les pratiques les plus courantes.

La richesse des discussions lors des réunions préparatoires augure bien du débat à venir et de l'opportunité de mener une telle réflexion.

La post-cure. Voilà bien un terme faisant partie intégrale du vocabulaire de toutes personnes s'approchant de près – soignants, proches, patients – du problème de l'alcoolisme.

La post-cure semble être une étape de base du parcours de soin du patient alcoolo-dépendant, mais comme d'autres notions récurrentes dans le vocabulaire technique – et particulièrement dans celui de la psy – elle est quasi-unanimement partagée, sans qu'elle soit clairement définie.

Un moment de parcours qui est convenu nécessaire par la plupart, mais peut-être finalement pour les mêmes : une coquille vide, un cheval de Troie, une auberge espagnole...

Chacun utilise le même terme, mais chacun y met son attente spécifique, sa compréhension, sa représentation, la place qu'il lui fait prendre dans le parcours du patient. Il est singulier d'observer qu'un autre terme est particulièrement pris dans le même type de convention, dans la même controverse : celui de Psychothérapie...

Alors qu'est-ce qu'une post-cure ?

A quoi sert-elle ?

Peut-on la définir ?

Y-a-t-il une ou plusieurs définitions, une ou des post-cures ?

Il y a, chacun le sait, des pratiques différentes dans les post-cures en terme de durée, de références théoriques, mais y-a-t il une unité dans les objectifs poursuivis et donc une unité d'attente des utilisateurs patients ou praticiens ?

Y-a-t-il une unité d'indication ?

La post-cure est-elle un passage obligé du soin du patient alcoolique ?

S'inscrit-elle à un moment précis ?

Comment doit-elle être indiquée ?

Quelle place prend-elle dans le cursus de soin?

Faut-il la répéter pour un même patient?

Est-ce que la post-cure ça marche?

Et comment ça marche?

Colette LORTET et moi, avons proposé l'ensemble de ces questions à différents praticiens qui animent des post-cures, comme fil de leur réflexion, et qui vont tenter d'y répondre cet après-midi. Au premier abord ils semblent les mieux placés pour le faire.

Mais ces questions ne sont pas les seules, bien évidemment.

D'autres viennent et leur sont aussi posées :

Faut-il évaluer les post-cures?

Y a t il un type d'approche à privilégier?

Ici nos interrogations changent de registre et éclairent les précédentes tant il est vrai que rien n'est jamais naïf, pas même la naïveté. Celle affichée de ceux qui ne font pas d'idéologie, ou qui ne font pas de politique, ou encore celle du bon sens commun comme la fameuse « bonne pratique médicale » qui économiserait la réflexion du sens au moment où celui-ci échapperait.

Se demander si on peut évaluer la post-cure ou savoir si il y a un type d'approche à privilégier, souligne bien que l'on tend vers un but, qu'il y a peut-être une fin à la post-cure. Un résultat est attendu... Et cette attente de résultat interroge la représentation même de la maladie alcoolique. Comme elle interroge l'attente des « impliqués » pour reprendre une terminologie de médecine de catastrophe.

Nous nous retrouverions dans des questions qui finalement concernent l'efficacité d'une pratique plutôt qu'une autre, la mesure des résultats.

Ceci pourrait désigner la pratique comme responsable de la « guérison » alors même qu'il est généralement partagé par la plupart d'entre nous, que l'idée que la guérison n'existe pas vraiment. En tous cas pas en ces termes et que le parcours de mieux-être ou de désaliénation (de devenir hors-alcool) dépend du patient et de son autonomie du choix de ses outils et de la façon dont il s'en sert.

Nous sommes à la veille d'avoir compris quoique ce soit du processus psychique qui préside à la décision de ne plus boire. On s'accorde à penser que rien n'est possible sans l'autonomie du sujet... Et on semble s'interroger sur l'efficacité comparée de telle ou telle pratique...

Bien sûr rien n'est si manichéen et si j'allais au bout de mon propos ce que je ne ferai pas (pardonnez cette prétériton), rien ne servirait à rien et toutes pratiques seraient égales...

Ce n'est pas ce que je crois. Je pense que nombre de pratiques ne sont que des propositions de soin qui nécessitent une cohérence, et le sujet s'en saisira ou pas, un peu comme un vêtement qu'il enfile et qui lui va.

Au fond, ces questions ne sont-elles pas parfois à l'image de notre pratique ? Tout se passe comme si nous pensions qu'il n'existe pas une chronologie réglée des propositions de soin, ni un parcours de soin classique et balisé ni que la post-cure est un passage obligé. Et en même temps elle fait partie de l'offre habituelle du praticien répondant à une attente de tout le monde (patient, praticiens, proches), fondée sur un espoir de guérison. Nous n'échappons pas toujours à ce double discours peu clair. Peu clair aussi pour le patient qui parfois ne demande qu'à s'engouffrer dans de telles ambiguïtés qui le leurrent autant que les soignants se leurrent eux-mêmes et qui leurrent aussi le côté soignant du patient lui-même.

D'ailleurs les questions (chères à Colette LORTET) qui suivent dans notre canevas illustrent bien celle de l'autonomie :

Quel espace est lié à l'imaginaire du patient entre une post-cure pensée par le prescripteur (qui paradoxalement peut-être bien sûr la famille ou le soignant mais aussi le patient lui-même) et formalisée par la structure d'accueil ?

Autrement dit quelle est la place laissée à l'autonomie du patient et à ses représentations imaginaires ou symboliques?

Qui mieux que les spécialistes des post-cures pour répondre à ces questions ?

Mais finalement que peuvent-ils nous dire ?

Ce qu'ils proposent, et l'esprit qui y préside, la pratique qu'ils mettent en oeuvre ?

Mais ne leur tendons-nous pas un piège ?

Celui de leur demander de répondre aux questions que nous devons nous poser à nous mêmes ? Questions auxquelles, au final, ils risquent d'être les plus mal placés pour répondre .

Pierre-Marie Lincheneau
Bordeaux le 16 juin 2005

Qu'est-ce qu'on cure?

Lionel Bénichou,
Psychiatre, Orthez

N'oublions pas que les mots ont une histoire ...Quand nous puisons dans le stock langagier pour habiller notre pratique avec du sens, les termes utilisés, comme "post-cure", traînent avec eux les différents sens dont ils furent investis.

C'est pourquoi mon propos, au titre un tantinet provocateur, débute par une démarche en trois temps : Sans prétendre vouloir jouer les Alain REY j'essaye d'aborder le champ sémantique du mot «**Cure** », de préciser le sens que ce mot a acquis dans l'histoire de notre pratique, de déterminer enfin si le terme de **post-cure** a encore du sens dans le cadre de notre pratique actuelle.

Si les mots doivent habiller la pratique...Ce n'est pas toujours du sur mesure.

Le mot **CURE** par exemple a des sens multiples dès l'origine latine. C'est un terme polysémique :

Cura endosse trois significations : Le soin, au sens d'attention, de sollicitude ; le souci (dont le souci amoureux), l'inquiétude...(Le sens de *soin* persiste dans l'expression surannée : " *je n'en ai cure...* "). Enfin, *cura* concerne l'administration, la gestion : en français le "management".

Le verbe latin **curo** : "Je soigne..." Concerne l'acte du médecin. Finalement c'est le verbe *curo* l'ancêtre latin du mot cure au sens de soin médical.

Une cure, en Français, est pour les bons dictionnaires, " *l'ensemble des moyens mis en œuvre pour obtenir la guérison* ". C'est aussi une méthode thérapeutique particulière : Une cure hydrominérale par exemple (activité essentielle pour les Dacquois...)

Dans le domaine religieux, la tâche du **curé** est de prendre soin de la vie spirituelle d'une circonscription paroissiale appelée **cure** ...L'ennemi du curé est sensé être le péché...À propos de péché, n'oublions pas que les conduites alcooliques (à distinguer des alcoolopathies comme la cirrhose) ont patienté un siècle et demi avant d'acquérir le titre de maladie et ne plus être refoulées dans le domaine de la faute, du péché...Mais la victoire n'est pas totale...Vous savez combien le changement du regard socioculturel n'est pas acquis d'emblée...Les vieux schémas ont la vie dure... Même chez les soignants d'alcooliques.. Il y a donc des poches de résistances ... Par exemple : dans notre République laïque, l'ivresse publique manifeste " reste un délit passible de sanctions. Je profite de votre auditoire pour souligner que L'A.N.P.A.A. 64 à Bayonne, s'efforce, si l'auteur du délit s'y engage auprès des autorités judiciaires, de muter la sanction prévue par la loi en démarche personnelle de prévention dans les locaux de l'association ...

Le verbe **curer** qui a la même origine que l'acte de soigner signifie plus particulièrement nettoyer en raclant (Cf. Robert); on cure un fossé, un canal. Le chirurgien cure aussi une cavité naturelle du corps avec l'outil "curette", il s'agit alors d'un curetage.

Qu'en est-il de la post-cure aujourd'hui ?

La post-cure est un terme hérité de la pratique des années 60 70... Pratique qui n'est pas éteinte dans certaines orthodoxies psychiatriques ou gastro-entérologiques et qui consiste à extraire puis exorciser le liquide diabolique qui contient de l'alcool et dont on veut démontrer au « maladalcoolique» la nocivité, source de perte physique et morale.

Autant dire qu'il y a dans les termes de " cure " et de " post-cure " moins un parfum de thermalisme que de rachat du péché. Dans l'histoire de notre pratique alcoolologique le mot cure a pris droit de cité à propos des actes utilisant comme levier thérapeutique le vomissement de l'alcool absorbé sous le regard du soignant ou le malaise induit pharmacologiquement par " l'effet antabuse" .

La cure de dégoût à l'apomorphine (Feldman 1953) est le prototype de cette sorte de traitement.

Elle fut abusivement baptisée **cure de désintoxication**, terme qui fait encore florès dans le grand public et même chez les bons auteurs (C.f. *le classique manuel de psychiatrie de EY, BERNARD, BRISSET*). Ceux qui l'ont abondamment pratiquée, comme moi-même, savent pertinemment qu'on ne désintoxique rien...Ni personne au contraire... Dans la pratique, cette cure recherche la restitution par vomissement de la " boisson préférée " du buveur qui sera ainsi " **curé** " de " **son** " alcool. Après avoir s'être enquis auprès de l'intéressé de la nature de sa boisson préférée, on l'invite à en avaler quelques verres, puis on fait suivre la déglutition par une injection sous-cutanée de 6 Mgr. d'apomorphine...Vomitif puissant... L'épreuve est renouvelée à plusieurs reprises (C'est vraiment une épreuve) en surveillant pouls et pression artérielle.

Ce protocole de cure, pivot central du traitement, a été précédé d'une " **pré cure** ". Au cours de celle-ci, le candidat est sevré d'alcool (en prévenant un syndrome de sevrage). Cette pré cure sera argumentée pour obtenir l'adhésion de l'intéressé au protocole de cure. Lors de cette préparation, l'échange de parole est indispensable et nécessite (c'est son aspect positif) la critique des idées préconçues du soignant sur l'alcoolisme et les alcooliques.

Enfin, après avoir transformé en aversion l'amour (supposé) du sujet pour l'alcool, la cure de dégoût sera suivie d'une " **post-cure** " à visée reconstructrice, facilitant le travail de deuil de l'alcool perdu et activant la maturation affective du sujet, afin de permettre l'abord des difficultés de la vie sans le secours des alcoolisations.

Dans ma pratique passée, afin de rechercher le verrouillage de l'effet de dégoût, cette cure de désintoxication à l'apomorphine était souvent doublée par la prise au long cours d'un inhibiteur de l'enzyme aldéhydehydrogénase connu sous les noms de T.T.D. , Disulfirame ou Espéral® .

Ce produit qui bloque l'oxydation de l'alcool au stade d'acétaldéhyde et que le " curiste " absorbe en comprimé ou en prise forcée par pellet sous cutané, entraîne chez une personne alcoolisée des effets désagréables à dominante vasculaire : accélération du pouls, TA augmentée, céphalées, rubéfaction de la face, hyper sudation, ...Pour un toxicologue comme Sylvain DALLY, même sans présence d'alcool, le TTD est un véritable poison.

Si la cure d'apomorphine était ponctuelle, la prise d'Espéral devait durer plusieurs mois. Il était conseillé de l'entreprendre après que le sujet en eut expérimenté les effets selon un modèle inspiré par la cure à l'apomorphine.

Ainsi, en " dégoûtant " (sic) le sujet de son alcool préféré on était sensé le débarrasser de son désir de boire... Et quand certains alcooliques prétendaient ne pas aimer l'alcool qu'ils absorbaient, nous évoquions un exemple de " mauvaise foi de l'alcoolique ". Nous n'avions pas compris qu'en matière d'alcoolisme dépendance, le besoin a remplacé le désir... Et que, de ce fait, l'interruption d'alcoolisation induit, chez le dépendant d'alcool en dehors de tout syndrome de sevrage, une " obsession du boire " que nous nommons avec le mot anglophone : *craving*. (*To crave* : supplier).

Avec les cures de dégoût, le " maladalcoolique " pouvait-il jouer un rôle actif dans le soin qui le concerne? ...Non ?... Alors, place à la post-cure...

Je cite encore les bons auteurs (Manuel de psychiatrie de EY, BERNARD et BRISSET) " ...*Le but de la psychothérapie de post-cure est de permettre à l'alcoolique de reconnaître (sic) et d'assumer son incapacité à supporter l'alcool* ". J'ajoute : incapacité artificiellement induite par la thérapeutique...aversive.

En résumé : Dans cette présentation des événements thérapeutiques, **la cure dite de désintoxication (en réalité cure d'aversion) est au centre du traitement.**

À l'alcoolique, il est seulement demandé un consentement à l'action contraignante du thérapeute. On peut remarquer au passage l'absence de référence à la définition de FOUQUET pour qui **l'alcoolique est celui qui a perdu la liberté ... de ne pas boire.** De la complexité du rapport à l'alcoolisation que vit l'alcoolique par exemple, de l'historique de son utilisation des états alcoolisés, de l'initiation souvent festive des proto-alcoolisations Il en était rarement question.

Dans une vision plus proche de la réalité clinique, à quoi peut servir une post-cure?

Nous savons depuis quelques années que les **comorbidités** psychiatriques sont pratiquement la règle chez les alcooliques. Trop longtemps nous ne les avons pas identifiées... Et traitées. Négligées, ces comorbidités induisent le recours aux automédications que sont les ré-alcoolisations (y compris en institution).

Je rappelle que les associations comorbides les plus repérées sont

Les sociopathies

Les troubles anxieux et anxiphobiques (dont les phobies sociales)

Les pathologies dépressives

Les états bipolaires qui semblent bien plus fréquents qu'on ne le soupçonne.

La conjonction psychose schizophrénique et alcoolisme pose le problème de la facilitation sociale paradoxale du schizophrène... L'alcoolique est inséré dans un temps répétitif qui convient bien aux besoins de la psychose et les lieux d'alcoolisation sont pour le schizophrène des lieux de socialisation plus accessibles : l'empathie s'y substitue à une parole appauvrie. Malheureusement le problème de la facilitation du passage à l'acte des psychotiques par les conduites alcooliques est concerné par ce chapitre.

Parmi ces comorbidités psychiatriques, les états bipolaires nous paraissent extrêmement fréquents et une démarche de post cure devrait permettre de les identifier et d'entreprendre leur traitement.

Pour clore le chapitre des comorbidités, il faut évoquer la pratique addictive d'autres psychoactifs, modificateurs d'états de conscience...l'herbe de Nicot en priorité...«*Ne m'enlevez pas tout* » soupire le fumeur alcoolique...Actuellement, on doit souligner chez les adolescents et les adultes jeunes la croissance de l'usage du cannabis... À lui seul, cet usage comorbide nécessiterait un colloque...

Le temps de post cure peut donc servir un intérêt thérapeutique majeur, mais il peut aussi être utile pour mettre à jour les processus de codépendance dont on sait qu'ils verrouillent efficacement le processus alcoolique et contrecarrent les efforts thérapeutiques de l'intéressé(e).

Au bout du compte, il me semble que le temps de post-cure ne doit pas se positionner par rapport à une cure de désintoxication obsolète mais doit aider le patient dont la souffrance est alcoolique, à orienter sa vie autrement...Grâce à une démarche de réhabilitation...

Qu'est-ce que la réhabilitation ?

Pour aborder ce sujet je m'efface devant l'analyse de Jean-Toussaint DESANTI dont j'ai emprunté la méthode au début de cet exposé :

*" Réhabilitation vient du latin habere : tenir fermement en main et habilis qui sait se tenir en main. En dérivent les mots habitatio : le site où l'on s'installe et où l'on se tient. Habitere : se tenir dans ce site. Réhabilitation c'est l'enchaînement des actes par lesquels on rétablit quelqu'un dans ses capacités de désirer, penser, travailler... La réhabilitation c'est l'enchaînement des actes par lesquels un sujet qui a perdu la fermeté de sa main et par lui, la familiarité de son site habitable (qui par là ne s'y tient plus au point que lui, l'habitant, y devient étranger à soi même et à sa propre vie) apprend à retrouver une autre fermeté qui le tient et un site qui peut encore se tenir **pour qu'il s'y tienne soi-même comme sujet**. Prise en ce sens conforme à l'origine, toute réhabilitation, pour peu qu'elle ait à se déployer dans le cours d'une vie singulière est essentiellement dramatique : cela veut dire qu'elle se constitue par étape comme une dramaturgie.... Chacun va avoir à se découvrir comme sujet pour l'autre, dans ce jeu circulaire incessant où se rassemble et se défait sans cesse la relation : "je-tu-il-nous".(In " Psychiatrie française " n° 103 mars 2001).*

Décidément "Réhabilitation " me plaît pour habiter le temps de post-cure...

Je vous remercie pour votre attention.

Lionel Benichou

UNITE DE POST CURE EN ALCOOLOGIE

LA BASTIDE

Centre Hospitalier
33220 STE FOY LA GRANDE

LE BATIMENT :

- > bâtiment neuf (4ans)
- > fait partie du Centre Hospitalier de Ste-Foy-la-Grande
- > bien situé, proximité de la ville, proximité des bords de la Dordogne

3 niveaux

- rez-de-chaussée : pièces communes
- 1er étage : 7 chambres + salle de balnéo
- 2ème étage : 8 chambres
+ une cour intérieure (tables et parasols)

FONCTIONNEMENT :

Conditions d'admission :

- > 18 ans
- hommes, femmes
- dans le cadre des addictions : problème principal l'alcool
- pouvant tirer bénéfice de la vie en groupe pendant 4 semaines

Consultation avant l'admission

- appréciation de la motivation à arrêter l'alcool
- désir de post-cure

La motivation

- l'intérêt porté à l'arrêt de la consommation n'est pas toujours la préoccupation première du patient:
 - hospitalisation pour une complication de l'alcoolisme: DT, hémorragie digestive, injonction de soins, épigastalgies, polynévrite, syndrome cérébelleux
 - intolérance de l'environnement : conjoint, employeur, médecin du travail, services sociaux
 - recherche d'une protection : risque de divorce, ennuis judiciaires. Le patient dit souvent « venir de lui-même »
- après « déclic »
 - désir de soins immédiats, motivation éphémère
- parfois, motivation bonne d'emblée:
 - les contingences extérieures ne sont pas l'élément principal de sa motivation

Nécessité ou non d'un séjour en post-cure

Possibilité d'être différé si liens familiaux ou sociaux forts

La consultation va permettre d'envisager le sevrage

Lettre de motivation

LE SEJOUR :

Missions de l'unité :

- récupération physique
- développer sa capacité à s'exprimer et à communiquer avec les autres
- prendre confiance en soi et responsabilisation

Les ateliers sont tous obligatoires sauf avis médical

Le planning des activités est affiché chaque semaine

Temps requérant un investissement personnel :

- groupe de parole
- entretiens individuels avec médecins, psychologue, infirmier référent, cadre infirmier
- ateliers :
 - psychomotricité
 - traces d'écrits
 - cuisine
 - atelier vidéo
 - lectures-actualités

Temps d'information :

- info alcool
- info aliments
- atelier choix de boissons

Temps de relaxation :

- sophrologie
- balnéothérapie : bain à bulles , sauna
- activités physiques
- sorties accompagnées et libres

Les réunions :

- réunion de présentation
- réunion institutionnelle
- réunion "des anciens"

Le travail de l'équipe soignante :

- réunion de bilan
- réunion de service
- analyse de la pratique

BUTS DU SEJOUR :

Obtenir l'abstinence

Essayer qu'elle soit durable

Le patient alcoolique est un SUJET PARTICULIER

Il a vécu des années, voire des dizaines d'années, en bonne entente avec l'alcool qui

diminue timidité, difficultés d'expression

diminue fatigue

diminue stress, anxiété, dépression, peur

diminue tensions, soucis

augmente confiance en soi, courage

facilite l'abord de l'autre, la convivialité, la sociabilité, permet de faire la fête, facilite le sommeil, efface l'ennui...

mais seulement quelques mois dans des difficultés infernales, qu'il arrive d'autant moins à bien comprendre que l'alcool est anesthésiant, il a une peur intense de la frustration qui se profile et souhaite un traitement miracle.

Au cours du processus l'amenant à l'abstinence, différentes phases vont survenir:

D'abord le déni, ou au moins la minimisation (souvent le patient est encore alcoolisé) qui concerne sa consommation mais aussi les troubles psychosociaux qui s'y rattachent.

Puis, plus lucide mais angoissé (sevrage) il fait un retour à la réalité du monde, a une nouvelle perception de lui-même, et se voit tel qu'il est, ses faiblesses lui apparaissent avec sentiment de culpabilité.

Il va éventuellement remettre les soins en cause pour mettre fin à cette angoisse et retrouver l'état antérieur

ou va tenter d'abaisser son niveau de culpabilité en se posant comme victime, mettant en avant tout ce qui a été cause de ses difficultés (son entreprise a licencié, sa femme l'a quitté, ... le sort s'acharne sur lui ...)

La possibilité d'en parler diminue l'angoisse.

Puis il finit par reconnaître qu'il est responsable de ce qui lui arrive, alors il accepte l'aide qui lui est proposée.

L'aide thérapeutique va donc devoir s'adapter à ce malade particulier, en essayant :

- de ne pas augmenter son angoisse, éviter les menaces, se rappeler qu'il tolère mal le silence
 - de ne pas augmenter inutilement sa culpabilité, pas d'aveu des quantités consommées, savoir attendre pour connaître ses difficultés familiales, sociales, financières, judiciaires, éviter d'être moralisant
 - si son estime de soi est en baisse, de ne pas être trop dominant
- mais l'aider à sortir d'un adynamisme général.

Intérêt des ateliers en groupe qui permettent de se libérer rapidement de la culpabilité, les malades les plus capables de parler de leur problème d'alcool entraînant les autres dans leur sillage.

Limite des ateliers en groupe : moins d'investissement personnel, certains thèmes sont plutôt à discuter en entretiens individuels, certains patients restent trop effacés alors qu'ils réussissent à s'exprimer en entretiens individuels.

ATELIER INFO ALCOOL

Discussion en groupe

- 7 ou 8 participants
- 1 animateur
- 1 observateur

Sujets abordés (un sujet lors de chaque atelier)

1 idée par séance

enchaînement d'une séance à l'autre

rappel de quelques points importants :

- alcool 0 (à vie), accepter son impuissance devant l'alcool
- équivalence alcool consommé – alcoolémie
- consommation occasionnelle: effets recherchés / effets négatifs
- consommation chronique et santé
- l'accoutumance – la dépendance
- le sevrage
- la réalcoolisation
- les rechutes
- les médicaments d'aide à l'abstinence
- le début des alcoolisations
- les autres dépendances
- autres plaisirs

PREVOIR LA SORTIE

L'abstinence n'est pas un but en soi, c'est un préalable nécessaire pour aller au-delà.

Sont plus particulièrement étudiés pour un départ réussi :

- projet de sortie avec l'infirmière référente
- entretien avec le cadre infirmier qui incite à revoir rapidement le médecin traitant, un autre professionnel de la santé fréquemment et/ou les groupes d'aide, un travailleur social
- entretiens avec l'assistante sociale
- analyse des deux week-ends de permission : liens avec la famille, l'entourage, envies de boire, réussite ou non de l'abstinence, ressenti
- délivrance d'une ordonnance
- adresse de l'ANPAA, des groupes d'entraide de son département
- gammaGT à faire deux mois après la sortie (gammaGT connues du malade à la sortie de la structure)
- réunion des "anciens"
- envoi d'un questionnaire à 6 mois
- possibilité de nous appeler par téléphone

QUESTIONS - REPONSES

Comment définir la cure ?

Période de rupture
avec le produit
avec le conjoint
avec la famille
avec les habitudes

...

Si tout allait mal, la rupture ne peut être que positive.

Si la personne n'était pas encore dépendante, rupture inutile, cure inutile.

Quelle place prend-elle dans un cursus de soin ?

Presque indispensable quand une dépendance s'est installée, les séjours courts entraînant une sortie de l'acmé de l'envie de boire.

Laisser à la personne le temps de mûrir sa décision d'arrêter de boire.

Suivi hebdomadaire à la sortie.
Mais aussi, prévention.

Faut-il répéter la post-cure ?

Non.

Motivé, suivi ultérieur, si réalcoolisation : peu durable.

Mais ...

Nouvelle post-cure, séjour dans un autre type de structure, séjour de durée plus longue.

Y a-t'il une ou des "post-cures" ?

Similitudes entre les post-cures avec quelques orientations un peu particulières

- durée de séjour
- sevrage inclus
- critères d'admission des patients
- équilibre entre les différentes activités
- orientation des psychiatres et des psychologues

mais période cruciale : la sortie de la post-cure et la prise en charge des semaines et des mois qui suivent.

Liens entre les orienteurs et les professionnels de la post-cure

Rassurant pour les patients

Certaines structures peuvent être plus particulièrement intéressantes pour certains patients

Mais souvent patients peu demandeurs

Est-ce que la post-cure, ça marche ?

- presque indispensable lorsque la dépendance est bien installée
- intéressante avant qu'elle ne soit installée
- même en cas de réalcoolisation ou de rechute
période marquante dans sa vie
devrait l'inciter à retrouver l'état dans lequel il était à la sortie
permet au thérapeute de s'appuyer sur ce qu'il en dit de cette période
- travail à faire auprès des familles, de l'entourage

Faut-il évaluer ?

Intéressant.

A Ste-Foy

- fiche de sortie pour chaque dossier
- quelques patients du canton sont revus
- une réunion des "anciens" est organisée un samedi après-midi 3 à 6 mois après leur sortie
- les gammaGT sont conseillées deux mois après la sortie
- envoi d'un questionnaire à 6 mois

Y a t'il un type d'approche à privilégier ?

Quel que soit l'intervenant

- différencier troubles dus à l'alcool ou à l'alcoolisation chronique (qui vont disparaître) et troubles psychiatriques
- connaître le mode de pensée particulier des patients alcoolodépendant en période de sevrage (déni, minimisation, déresponsabilisation puis acceptation)

Intérêt du travail en groupe associé à un travail en face à face et individuel (cahier)

Revalorisation du corps autant que de l'esprit

→ polyvalence
qui s'oppose à la dépendance : amour d'un seul objet

Espace laissé à l'imaginaire du patient

Avant son entrée :

imagine soit une simple convalescence, soit un séjour avec des méthodes "fortes" (cures de dégoût ...)

n'imagine pas un espace laissé à la pensée, à l'expression de celle-ci (qui englobe relaxation, balnéo, lecture-actualité, atelier vidéo, art-thérapie ...)

Lors du séjour :

Va devoir accepter un certain nombre de règles mais va retrouver goût à la vie

A sa sortie :

Va décider des activités qu'il va faire, du professionnel de l'alcool qu'il va consulter pour rester motivé, affronter l'adversité, continuer à progresser

Ce sont ces projets qu'il va essayer de réaliser.

Clinique Maylis.

Madame Dominique SAN QUIRCE,
Psychologue

Si Dax est depuis longtemps ville de cures, Maylis, depuis juin 1999, est Post Cure pour 14 patients alcoolo-dépendants.

➤ La situation géographique de la Post cure Maylis nous interpelle puisqu'elle se situe sur une des voies qui mènent à St Jacques de Compostelle : la voie de Tours. Les villages d'Yzosse et de Narrosse voient donc passer de nombreux pèlerins qui font halte, pour quelques heures, pour quelques jours, pour la première fois, pour la énième fois au relais étape de St Paul les Dax. Pèlerinage ? Post cure ? Mais où est le lien ? Peut être faut il aller le chercher chez Kierkegaard. Celui ci décrit 3 façons d'accomplir un pèlerinage : l'esthétique, l'éthique et le religieux. Nous retiendrons cette dernière, décrite par David Lodge dans son livre « Thérapie », pour définir la Post cure : « La personne est mûe, tout au long de son chemin et de son cheminement, par le désir de poser un acte existentiel de définition de soi. Elle choisit de se choisir. »

Le patient alcoolo dépendant choisit lui aussi de se choisir, de se redéfinir dans ce relais étape qu'est une post cure ;
_ elle est vécue comme un « contenant soignant » dans laquelle le patient va pouvoir se poser, se positionner, et enfin disposer ;
_ « structure contenante » offrant un espace et un temps thérapeutiques nécessaires au sens que veut donner le patient à son abstinence ;
_ « structure réparatrice » du corps et de l'âme ;
_ « structure reconstructrice » aidant le patient à acquérir des stratégies d'adaptation, à formaliser le suivi ambulatoire, à l'inciter à réaliser son projet de vie.

Tout le chemin de l'abstinence sera jalonné de relais étapes.

- Quand, comment et à quel moment le patient alcoolo dépendant arrive en Post Cure, nous amène à définir la place de celle-ci dans un cursus de soins.

La Post Cure n'est pas un service d'urgence, l'admission, non plus !

Elle intervient après un ou plusieurs sevrages, après échecs d'autres prises en charge, quand le patient, avec son médecin, fait le constat de son impuissance à cheminer seul dans l'abstinence.

Une admission en Post Cure n'est donc jamais « première ».

Elle occupe une **place** spécifique puisqu'elle résulte d'un double choix :

- celui de l'équipe : l'admission se fait après acceptation du dossier médical.
- celui du patient qui formule son désir d'implication, de reconstruction dans une lettre de motivation.

Un accord est donc établi entre les deux parties ; le patient a sa place dans la structure et une « place » lui est donc réservée pour 6 semaines.

➤ Il arrive qu'après chutes et rechutes, le patient réitère sa demande de post cure dans le même établissement. Nous n'avons pas de règle stricte et nous répondons à cette demande au cas par cas.

Nous avons accueilli, parfois, des patients « passants », puis des « revenants » et ces « revenants » n'étaient plus des « passants ».

Cependant à chaque fois, nous nous demandons si la **répétition** d'une nouvelle post cure va être **curative** ou **traumatique**.

_Elle est **curative** pour le patient dans la mesure où cette nouvelle démarche s'inscrit plus dans l'authenticité, où il y a eu, au préalable, un travail d'élaboration des mécanismes de rechute qui demandent à être renforcés dans cette nouvelle post cure.

La répétition d'une post cure peut être vécue aussi par l'équipe comme facilitatrice et gratifiante dans la mesure où elle connaît déjà le patient, appréhende plus vite, mieux et /ou différemment son fonctionnement psycho pathologique et donc lui propose ou renforce son projet de soins.

_Mais trop de répétitions peuvent s'avérer « traumatiques » dans la mesure où elles renvoient au patient ses échecs, ses failles.

« *L'abstinence n'est pas pour moi* », entend on souvent !

La répétition d'une post cure, à court terme, (inférieur à 1 an) ne semble pas thérapeutique pour le patient car, nous l'avons dit, une post cure n'est jamais « première » et il faut un nécessaire temps de récupération après un nouveau sevrage pour s'investir dans un nouveau travail de reconstruction.

_« **Traumatique** » peut être la répétition, pour l'équipe comme pour le patient, quand celui-ci considère la Post Cure, comme sa « maison », surtout s'il n'en n'a pas, l'équipe comme « sa famille ».

Alors prenons garde à ne pas créer une nouvelle dépendance !

Il nous semble important de ne pas accéder systématiquement à toute nouvelle demande de post Cure pour le même patient.

- Il nous faut pouvoir « passer le relais », « passer la main » vers d'autres post cures

_ Pour le soignant, il y a donc nécessité qu'il y ait des **Post cures dont l'objectif est unique**.

Les schémas thérapeutiques sont semblables: ils induisent la prise de conscience, conduisent à l'autonomie et donnent un sens à l'abstinence. Cependant, ces post cures fonctionnent différemment selon les spécificités de l'équipe. Le fond est le même, la forme, non !

_ Il n'y a donc pas une seule approche à privilégier car il n'y a pas non plus *un seul et même profil de patient* alcoolo dépendant ; l'abstinence lève parfois le voile sur une floraison de symptômes qui sont pris en charge par nos médecins psychiatres et généraliste de la Clinique.

_ Pour le patient, il n'y a pas une Post Cure, il n'y a pas des Post Cures, il y a sa Post Cure. et cette post cure sera « singulière » même si elle est plurielle.
La Post Cure est ce que le patient veut qu'elle soit.

_ Le maintien du lien entre les orientateurs, l'équipe de post cure et ceux qui continueront de suivre le patient est pour nous nécessaire :
Peut il y avoir du soin sans lien ? Non !

- Lien nécessaire au patient

qui en fait souvent la demande, dans un but de sécurisation, en proie à un sentiment d'abandon surtout lorsque la sortie approche :

« Est-ce que je peux vous appeler, est ce que vous allez écrire à mon médecin pour lui dire que j'ai bien travaillé ? »

N'est ce pas ce que demandait le Renard au Petit Prince en lui disant : « Tu es responsable de ce que tu as apprivoisé. »
Mais jusqu'à quand et jusqu'où rester en lien ?
C'est une réflexion à venir.

- Importance du lien pour *l'équipe soignante*,

à savoir que ce travail d'accompagnement va être recueilli, voire accueilli par d'autres professionnels pour finaliser le projet du patient, par la mise en place du suivi ambulatoire.

- Importance aussi pour *l'établissement* du maintien du lien

car il a le devoir de souscrire aux demandes du Cahier des charges : réalité à laquelle nous ne pouvons échapper !

➤ La Post Cure, ça marche ?

Oui ! Mais tout dépend qui marche et pour qui ça marche !

- Si le soignant veut que ça marche, le patient, lui, ne marche pas.
- Si le patient marche seul, il se perd.
- Si la famille veut que ça marche à tout prix et de façon immédiate, alors ça explose !
- Si soignants et patients sont « partants », alors la randonnée sera belle.

Tout le dilemme étant : « Comment passer d'un statut de « mauvais malade » à celui de « bon malade » ? De « mauvais objet » à celui de « bon objet » ?

- ② Mais jusqu'à quand ça marchera et ce qui marche pour le soignant est-il ce qui marche pour le patient ?

Ce qui rend **l'évaluation des résultats** aléatoire et subjective.

Que mesurons nous en fait ? une durée de maintien d'abstinence totale ? Une qualité de vie ? Un changement ? Une philosophie ?

_ Et pourtant, si l'équipe soignante ne veut pas s'enfermer dans un fonctionnement rigide et rester figée, elle a besoin d'évaluer et de s'évaluer sur des critères bien spécifiques à elle.

Sans doute, pour nous rassurer, nous avons tenté une approche statistique sur le maintien de l'abstinence à 3mois, 6mois, 1 an. Elle mériterait d'être affinée.

Cependant, les résultats ont le mérite de nous rappeler une nécessaire humilité dans notre relation d'aide.

_ En ce qui concerne le patient, l'évaluation demeure nécessaire et se fait régulièrement tout au cours de nos interventions et à quelque niveau de la prise en charge : entretiens individuels, groupes de paroles, activités à médiation thérapeutiques, chaque fois que le soignant avec le patient met l'accent sur ce qui va mal, mais surtout sur ce qui va bien.

Cette évaluation positive, ce renforcement positif va lui permettre de se « *renarcissiser* », de reprendre confiance en soi, de pouvoir mieux s'autogérer en comptant sur la part adaptative de son appareil psychique.

- ② Quand le patient alcoolodépendant arrive en post cure, il a peu de représentation de la post cure : il est tout juste « dans l'ici et le maintenant », souvent il oublie, toujours, il ne voit pas son avenir ; il ne pense pas encore le temps ; C'est un « voyageur sans bagages ».

En proposant cet espace temps thérapeutique qu'est la post cure, le soignant, et le patient plus tardivement, assiste à un déverrouillage de l'imaginaire, à une éclosion de la créativité, à un temps pensé et organisé.

Le temps du patient alcoolodépendant n'est plus circulaire, il est alors linéaire ; il s'inscrit dans une durée, la journée du patient a un début et une fin !

Le patient se crée et se recrée, il choisit de se choisir, à chaque relais étape du soin, pour mieux cheminer avec lui-même.
Ceci est notable dans les activités à médiations thérapeutiques comme le collage, l'ergothérapie, les ateliers d'écriture.

_Dans les premiers ateliers d'écriture, le patient se raconte, il essaie de mettre des mots sur ses maux, des mots sur son histoire.

Dans les derniers ateliers, le patient s'évade de son histoire, il « conte », il jongle avec les mots. Il n'est plus dans « l'ici et le maintenant » ; il donne du rêve à son histoire, il élargit le temps.

Nous avons voulu associer nos patients à notre réflexion et nous leur avons posé 2 questions :

- « Comment vous représentiez vous la Post Cure à l'admission ? »
- « Quelle image associez vous à la Post Cure en fin de séjour ? »

A la *première question*, les patients répondaient en majorité n'avoir aucune représentation, aucune image de la Post Cure : « C'est l'inconnu, mais on y va ! » ou « je fais confiance au médecin qui m'envoie, on verra sur place ! »

A la *deuxième question*, l'imaginaire s'enrichit, les images se colorent et prennent vie :

- « C'est un voyage en montgolfière qui permet de se délester de ses démons »
- « C'est une colombe gravée sur un verre de cristal, légère mais fragile »
- « C'est une randonnée en montagne, avec vous, comme bâton de pèlerin ».

Un grand merci à nos patients de nous donner des images et de nous permettre de rester en marche ;

Un grand merci à vous de m'avoir écoutée et au nom de l'équipe de Maylis, je vous invite à venir nous rencontrer dans notre relais.

Clinique Maylis

Dominique San Quirce
Psychologue



VAL PYRENE, UN PROJET THERAPEUTIQUE ORIGINAL.

Dr. Joan Ramon GOMEZ VERA
Médecin Interniste Alcoologue. Chef de Service
Val Pyrène Juin 2005

UNE APPROCHE DIFFERENTE

Val Pyrène propose aux personnes en difficultés avec l'alcool des séjours de réhabilitation d'une durée déterminée : six semaines. Le pilier et originalité du projet thérapeutique sont un programme d'activités physiques adaptées dans un environnement privilégié, les Pyrénées. Les autres outils proposés sont : un accompagnement psychologique, enseignement thérapeutique interactif, aide sociale, dynamique de groupe, autres activités facultatives. Le séjour essaye d'être individualisé au maximum. La personne est accompagnée par une équipe interdisciplinaire.

Actuellement, ce projet a déjà fait ses preuves. En plus de la confiance qui nous est accordé par beaucoup d'alcoologues et par les patients eux-mêmes, des protocoles de recherches validées scientifiquement ont prouvé l'efficacité de cette approche.

« REHABILITATION »

Comme le notait, très justement la dernière Conférence de Consensus de la Société Française d'Alcoologie en Mars 2001 sur l'accompagnement de la personne alcoolique après le sevrage, le terme « post-cure » est imprécis et ne traduit ni l'histoire naturelle de cette maladie ni ce qui est actuellement fait en France dans ce domaine.

Comme alternative, nous proposons le terme de « réhabilitation ». Voici une des définitions de la réhabilitation, concrètement celle de l'OMS (1974) :

-« la réhabilitation est l'ensemble des activités nécessaires pour assurer au patient une condition physique, mentale et sociale optimale lui permettant d'occuper par ses propres moyens une place aussi normale que possible dans la Société » (et j'ajouterais :...et dans la Famille).

Pour mes collaborateurs et pour moi-même certains des avantages de ce terme sont :

- met la personne malade au centre de la démarche thérapeutique, comme acteur de son traitement et non en receveur passif des soins
- met l'accent sur l'interdisciplinarité et le travail en équipe
- souligne le caractère chronique de la maladie et de la prise en charge
- positionne la personne et l'équipe soignante en termes de responsabilité réciproque
- introduit la notion d'individualisation du traitement
- aborde la personne dans sa globalité : biologique, psychologique, sociale et familiale

Ce concept de réhabilitation permet de se défaire de l'idée passive de « prise en charge » pour aboutir à la notion dynamique « d'accompagnement du malade ».

« ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES »

L'Activité Physique Adaptée (APA) est avant tout un outil porteur de sens pour accompagner activement la personne dans sa démarche de soins. L'adaptation renvoie au terme cité précédemment « d'individualisation ».

Mais...attention aux confusions : Sport et Activité Physique ne sont pas la même chose :

➤ Sport

- activités motrices codifiées
- gérées et reconnues par appartenance fédérative
- ayant pour but la performance, l'excellence

Le corps est au service de l'activité motrice = contraintes

➤ L'Activité Physique

- Utilise la motricité comme support
 - optimisation des ressources
 - visée d'objectifs plus large
 - sans cadre strict défini à priori

L'Activité Physique est au service du corps = objectifs - adaptation

A Val Pyrène nous essayons d'associer les bénéfices liés à l'activité physique aux bénéfices liés à un environnement naturel privilégié. Dans ce sens, certaines des activités proposées sont : randonnées en montagne, escalade, parcours d'orientation, raquettes de neige...

Sans aller dans le détail voilà les principaux bénéfices de l'activité physique adapté, qui sont en même temps une partie des objectifs du projet thérapeutique :

➤ Outil de Santé Physique :

- ✓ Amélioration de la condition physique
- ✓ Changement de la composition de la masse corporelle : perte de masse grasse, gain de masse musculaire
- ✓ Meilleure qualité du sommeil
- ✓ Diminution des médicaments anxiolytiques
- ✓ Amélioration des troubles neurologiques : motricité, équilibre, coordination
- ✓ Retour de l'appétit, amélioration des troubles digestifs
- ✓ Amélioration de la libido

➤ Outil de Santé Psychologique :

- ✓ Amélioration de l'image de soi physique et globale
- ✓ Progression du sentiment de compétence
- ✓ Amélioration de la confiance en soi et de l'estime de soi
- ✓ Prise de conscience des dégâts physiques provoqués par l'alcool
- ✓ Confrontation aux limites du « soi »
- ✓ Gestion des émotions

➤ Outil de Resocialisation

- ✓ Confrontation à « l'autre » ce qui renvoie à la notion de « limites »
- ✓ Maîtrise de soi, contrôle de soi, dans la relation
- ✓ Aide le « l'autre »
- ✓ Partage, solidarité, entraide

➤ Outil de Plaisir

- ✓ Retrouver des sensations de plaisir
- ✓ Convivialité hors produit
- ✓ Retour du « goût de vivre »
- ✓ « Vivre sans alcool est possible ! »

« CLES DU SUCCES D'UN PROGRAMME DE REHABILITATION EN ALCOOLOGIE »

- Interdisciplinaire
- Individualisé
- Donne la même importance aux aspects physiopathologiques qu'aux aspects psychosociaux
- Son objectif est l'autonomie du patient dans la gestion de la maladie
- S'autocritique et évalue de façon continue
- S'intègre dans le réseau de soins en alcoologie

DEFINITION DE REHABILITATION EN ALCOOLOGIE (Dr Gomez Vera, 2005)

« Ensemble de soins individualisés pour une personne en difficultés avec l'alcool, prodigués dans un espace-temps déterminé par une équipe interdisciplinaire, avec l'objectif de consolider sa démarche, construite et poursuivie en ambulatoire, vers une vie de qualité hors produit »

La post cure vue de l'ambulatoire

Dr C Roché Desbordes,
médecin alcoologue,
Dax

J'admire profondément le travail réalisé en post cure mais tel le candide de Voltaire, je ne peux m'empêcher de me poser et ce jour de vous poser certaines questions :

I) Indications de post-cures

Il s'agissait d'un parcours obligé du soin alcoologique

Quelques constats issus de la clinique :

Fantasmée par les familles de nos patients, séjour de toutes les craintes et de toutes les attentes par nos patients, passage initiatique véhiculé comme tel par les responsables des mouvements d'anciens buveurs, la post cure est souvent un passage « obligé » de notre pratique alcoologique.

Il a fallu qu'entrent dans les conseils d'administrations des différents mouvements d'anciens buveurs, des patients qui n'étaient pas allés en post cure ni même en sevrage hospitalier pour qu'on sorte de l'ayatollesque nécessité de passer en post cure pour être « définitivement » sorti des rechutes potentielles. L'absence de ce séjour dans l'histoire alcoologique du militant était renvoyée par les autres membres comme un manque « menaçant ».

Les ré alcoolisations ou les rechutes étaient vécues comme la résultante fatale de ce manque.

Mais les démarches de sevrage ambulatoire bien protocolisées ont modifié les indications des post-cures

Il existe pourtant des parcours alcoologiques sans hospitalisation et sans post cure avec une démarche de sevrage ambulatoire très construite où le soignant est témoin d'une réflexion équivalente à celle d'une post cure puissance 10.

Soyons précis, sur une file active de nouveaux patients de 226 patients en 2004, 164 étaient dépendants, 54/164 n'étaient pas du tout prêts au sevrage, 26 avaient déjà stoppé tout alcool avant le premier RV, par contre 65 ont réalisé un sevrage protocolisé en ambulatoire avec « hospitalisation au domicile » et participation du médecin généraliste et le taux de maintien d'abstinence à 1 an est de 51% à 55% (chiffre des années précédentes)...

Pourcentage de post- cures souhaitables ou effectuées dans la file active de patients 2004

Mais nous sommes aussi témoins du matériel de réflexion, d'anticipation et d'affirmation de soi qu'apportent ces séjours de post-cure et 10 % des nouveaux patients ont bénéficié de cette indication de soin. Voici le tableau qui présente le pourcentage de patients ayant effectué une post-cure et le pourcentage de patients chez lesquels une post-cure nous semble souhaitable mais est refusée par le patient.

	Nouveaux patients	Anciens patients	Total
Post cure effectuée	23/226 – 10%	28/306 – 9%	51/532 – 9,5%
Post cure souhaitable	13/226 – 6%	20/306 – 6,5%	33/532 – 6,2%

Quelles sont alors les indications ?

- D'une part, **les patients somatiquement altérés, ayant un niveau élevé de dépendance physique** et que l'on voit mal rejoindre le domicile au bout des 8 jours de sevrage hospitalier.
- Ceux dont la conviction de dépendance et d'abstinence est forte mais dont la **capacité d'anticipation de cette abstinence est faible**, l'élaboration de l'après sevrage difficile
- Ceux présentant des **troubles cognitifs importants**.
- Ceux dont la situation familiale est très difficile, enclavée
- Ceux qui ont réussi de nombreux sevrages ambulatoires mais qui **maintiennent difficilement l'abstinence** achoppant dans l'affirmation de soi dans les réalcoolisations conviviales ou émotionnelles.
- Ceux qui semblent avoir une **problématique psychiatrique avec alcoolisme secondaire** et chez qui une protection prolongée du toxique semble nécessaire pour évaluer vraiment la dépression ou l'angoisse ou les troubles de l'humeur. Les médecins psychiatres de ces structures sont mieux à même d'évaluer et de traiter en fonction des diagnostics posés.

Mais ces séjours très demandés par certains sont refusés catégoriquement par d'autres (6,2 %) alors qu'ils nous semblent nécessaires et ils faudra parfois plusieurs échecs, plusieurs sollicitations avant que ces patients n'acceptent. ;

II) Effets iatrogènes de ces séjours

Mais ces séjours me suggèrent quelques remarques.

Quelques soient les modalités des séjours de post cure, il s'agit d'un **séjour intense qui compense l'absence** de l'effet anxiolytique, déshinibiteur et fusionnel de l'alcool. J'irai même plus loin, il existe une **relation entre l'attrait de l'alcool, l'effet régressif de celui-ci** qui fait participer à un groupe défini par un consensus, celui de l'acte primordial de boire en commun et l'adhésion à un séjour de post cure où le collectif, thérapies de groupe, vie commune durant au moins 4 semaines reste un des piliers de soins et créent une ambiance institutionnelle, fusionnelle.

- **Au retour, il existe un syndrome de sevrage à cette ambiance**, majoration de l'angoisse et risque important de rechute, parfois atténué par l'idée d'un **nouveau séjour même très court de 1 semaine**, tel que le propose actuellement la clinique de Maylis.
- **Des liens sacrés se nouent entre ces patients fragiles** qui font équipe durant le séjour. Ils se livrent, sont les témoins des secrets des plus intimes et des promesses mutuelles de ne plus boire, ils échangent les adresses et les numéros de téléphone ...

A la sortie quand l'un d'eux rechute, tel un jeu de quille, les coéquipiers liés à ce rechutant sont fragilisés à leur tour.

Ces séjours font vivre des moments intenses à des personnes qui souvent n'avaient reçu que mépris et inattention de l'entourage et dont le couple originel battait de l'aile.

- **Du coup, de nouveaux couples se forment**, fusionnels, fragiles liés à leur avenir alcoolique, liés encore plus que les coéquipiers dans la rechute... Les chiffres classiques de maintien de sevrage à un an sont de 30% ; les chances de maintien d'abstinence (30% x 30%) des 2 membres d'un couple formé dans l'une de ces post-cure n'est plus que de 9% !!!

Un chiffre avait été avancé, 40% des patients sortiraient avec une nouvelle âme sœur ! C'est un chiffre qui fait réfléchir. Nous sommes fréquemment confrontés au devenir de ces nouveaux couples dans l'ambulatorio et nous voyons s'organiser des scénari complexes autour du reboire de l'un induisant le reboire de l'autre que **nous pourrions peut-être collecter** pour vous aider à mieux cerner se qui se joue dans la néo-construction de ces couples. Une prévention !!! de ces mécanismes est-elle possible ?

III) Les co-dépendances

Les nouveaux patients de ces dernières années ont des profils de poly dépendances (16%), dépendances croisées, compensées par des usages occasionnels d'autres substances.

Il est une dépendance croisée de plus en plus invalidante, c'est celle de

→ la dépendance aux benzodiazépines (8% de la file active).

Elle semble alors faire pack commun avec la dépendance à l'alcool.

En effet, ces **patients sont souvent issus de la toxicomanie à l'héroïne** et sevrés depuis des années grâce à l'usage d'alcool et/ou l'utilisation des « zozos » petit nom des benzodiazépines dans leur langage de rue, trouvés par nomadisme médical ou au marché noir.

Nous rencontrons également dans cette catégorie des **anxio-dépressifs au long cours** qui souvent ont navigué depuis des années avec des doses importantes de benzodiazépines et chez qui toute tentative de diminution déclenche des bouffées anxieuses.

- La post-cure permet un sevrage simultané

Cette dépendance nécessite parfois à elle seule, un séjour prolongé de soins par sevrage progressif qui n'est pas simple

- Il existe un risque de comitialité

car ce sevrage peut entraîner des crises comitiales sévères, parfois des états de mal difficiles à gérer en post cure. 3 patients que j'avais adressés à Prévaille ont été rattrapés in-extrémis dans leur état de mal comitial.

Par ailleurs ce qui est sevrage pour ces patients est protocole de soins pour les autres avec un risque d'échange de comprimés.

- Patients plus difficiles, co-morbidités psychiatriques plus lourdes, situations sociales davantage détériorées

Il devient pourtant difficile de faire accueillir de tels patients qui ont toujours une comorbidité psychiatrique plus lourde, des situations sociales davantage détériorées... Où les adresser alors ? Les lieux de vie comme Suerte peuvent devenir alors une indication

- Mais les résultats sont très satisfaisants

Or, si ces patients sortent avec un traitement encore présent de ces benzodiazépines, ils n'auront de cesse de se les refaire prescrire par leur médecin alors que le contraire est étonnant. Les patients totalement sevrés avant la sortie restent compliants à cette rupture... et je peux témoigner des situations favorables durables de patients doublement dépendants et sortis sans benzodiazépines, je remercie les médecins de la clinique de Prévaille d'avoir évité au maximum cette thérapeutique, privilégiant l'Atarax.

→ Usages croisés de cannabis

-Cet usage devient très fréquent chez les nouveaux patients

Que dire maintenant des co-utilisateurs de cannabis qui semble contraindre les séjours en post-cure ou les rendent plus difficile, pourtant cet usage devient très fréquent chez les nouveaux patients, au moins 4 à 6 joints par jour, parfois mais rarement avec syndrome amotivationnel grave associé. Il semble que le cannabis soit principalement une automédication de l'anxiété liée au syndrome de manque.

-Cela peut devenir un motif de refus de prise en charge

Cela doit-il entraîner une modification des conditions d'accueil ? Le dosage qualitatif est bien sûr facile mais peu de labo font le **dosage quantitatif** demandé actuellement par les médecins de la clinique Prévaille, qui pourrait être comparé ultérieurement au dosage en post-cure, vérifiant l'arrêt de l'usage.

Pourtant, la plupart du temps, cet usage croisé se délite au décours du sevrage alcoolique au fur et à mesure que le patient reprend pied dans son existence.

IV) Post-cures et post «post-cures»: comment préparer l' «après» de la post-cure?

-La proximité des post-cures permet un lien meilleur avec les familles

Il y avait un principe sacro-saint d'éloignement le plus grand possible des lieux d'origine.

S'agissait-il du besoin de souffler de l'entourage ? S'agissait-il d'une demande voilée de représailles, d'autopunition ?

Si ce temps de retraite loin des lieux de turbulences peut avoir une fonction restructurante, la ré-immersion dans le lieu d'origine où rien n'a changé du fonctionnement familial, où celle-ci imagine une métamorphose radicale sans réflexion simultanée était elle aussi fragilisante ; il semble actuellement possible d'adresser en post cure dans un rayon raisonnable de kilométrage du domicile du patient.

Que ce soit par les équipes in situ qui envoient le patient, que ce soit avec les équipes de post cure, un soutien de l'entourage est souvent proposé et le patient a plus de facilités à les rencontrer en visites ou en permission, facilitant ainsi le retour.

-Les patients peuvent rencontrer les mêmes associations d'entraides avant, pendant et après la post-cure

De plus, les mouvements d'anciens buveurs présents en post cure peuvent être retrouvés ensuite sur place, pas toujours les mêmes membres mais le même esprit d'aide pour la même association. Un nombre non négligeable de membres des mouvements d'entraide dacquois peuvent rencontrer les patients soignés au CH de Dax puis dans les 2 lieux de post-cure de proximité, clinique Maylis et clinique Prévile.

Il font tiers dans les difficultés familiales et ont de plus en plus un accueil soigné de l'entourage par leurs groupes ou leur formation à l'écoute de la famille.

-Parfois, une cure pourrait suivre la post-cure!

Il m'arrive souvent de penser que la fin de la post-cure devrait avoir lieu dans le lieu de cure initial où le patient, encore à l'abris de la confrontation directe de l'alcool, pourrait s'approprier avec plus d'appétit les propositions de proximité faisant relais de sa décision d'abstinence.

En effet, les séjours de post-cure sont souvent précédés d'une semaine d'hospitalisation dans l'U.F. hospitalière d'alcoologie. Outre le traitement du syndrome de sevrage et le bilan somatique, une réflexion leur est proposée ainsi qu'une information sur les lieux relais et les mouvements d'entraide existant, mais ils sont alors peu enclins à s'y intéresser alors que ces mêmes propositions, après post-cure, seraient plus pertinentes.

-On peut imaginer alors une post-cure ambulatoire

Post-cure ambulatoire

Aussi devons nous imaginer de nouvelles démarches de soin, des post cures ambulatoires.

De plus en plus de villes de moyenne importance ont la capacité à offrir un maillage d'activités soignantes spécifiquement alcoologiques ou occupationnelles qui peut offrir un accompagnement pluri hebdomadaire à ces patients trop accompagnés durant 4 à 6 semaines pour vivre facilement le vertige du retour au domicile.

Ainsi sur Dax, un alcoololo dépendant peut en sortant de sevrage aller en relaxation à l'hôpital le lundi, le mardi et le jeudi, à la pause café du restaurant social de 13 à 14 h le mardi, à la rencontre de l'association Croix d'Or le même jour à 16h ;

le mercredi, il peut participer au groupe de parole de notre psychologue à 17 h à l'hôpital, à la réunion des A.A. à 19 h 30. Le jeudi, il y a de nouveau une réunion de Croix d'Or et le vendredi une réunion de Vie Libre. Le vendredi matin, Mme Dugué, infirmière du CCAA a instauré un atelier créatif thérapeutique. A cela peut s'ajouter les suivis individuels, les accompagnements sociaux (CIDF par exemple). Ce maillage peut constituer parfois à lui seul une démarche de post cure qui sera dite « ambulatoire ».

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Matin				9h : projection du film d'anticipation Phare Atelier du CIDF	9 h 30 Atelier thérapeutique par l'infirmière, Mme Dugué Atelier du CIDF	10 h/12 h : Rencontre Croix d'or à St Vt de Tyrosse / Peyrehorade	10 h/12 h : Rencontre Croix d'or le 4 ^{ème} dimanche à Dax
Après midi		Le café de la soif au resto-social Groupe Croix d'or à 16 h Relaxation	17 h groupe de parole de la psychologue , Melle Foll	Atelier du CIDF Groupe Croix d'or à 18 h 30 Relaxation AA de Tarnos	Atelier du CIDF		
soir	AA de Tartas		AA de Dax		Vie libre de Dax		

Dans chaque ville d'origine des patients, on pourrait repérer ce qui pourrait organiser une sorte de post-cure
Il me semble qu'il pourrait y avoir un repérage par les structures de post cure des activités alcooliques de chaque ville d'où viennent principalement leurs patients. Ces activités pourraient être listées et signifiées aux intéressés comme une prolongation de leur démarche, les ponts déjà créés par les associations pourraient être renforcés.

V) Dossiers de demande de post cure.

-Des dossiers de demande plus complets mais plus complexes!

Si, il y a quelques années, un courrier médical suffisait à propulser notre patient dans une structure de post cure, nous avons vu fleurir des dossiers de demande préalable de plus en plus complet mais -disons le net- de plus en plus complexes pour nos patients perdus dans l'alcool...

Une impression de sélection des patients par la capacité à écrire, capacité à s'exprimer a pu me saisir. Ces qualités ne sont pas forcément corrélées à la capacité future d'abstinence...

-Quelle motivation vérifie ces dossiers?

La réalité de remplissage des dossiers fait qu'ils deviennent parfois l'œuvre de l'assistante sociale pleine de désir pour son protégé. La lettre de motivation est parfois faite par l'entourage; est-ce alors la motivation du patient ou de sa famille ?

-Les troubles cognitifs altèrent la capacité de les remplir

Les troubles cognitifs graves de certains patients rendent complexes toutes les recherches, même celle du papier attestant l'affiliation sociale...

Que vérifie ce document de demande, la bonne motivation du patient, l'insertion préalable et future du demandeur ? Qui est ainsi écarté ?

Attention aux phénomènes de précipitation

-Il serait bon qu'ils s'enquière des périodes d'abstinence prolongées

Enfin, si ces documents s'enquière du nombre de cures et de post-cures antérieures, il n'est pas demandé si le patient a réussi des périodes prolongées de sevrage et d'abstinence, expérience déjà très favorable pour l'inscription à une nouvelle demande de rupture de tout alcool.

VI) Parfois, séjours inadéquats :

Il est évident que l'idéal serait un patient bien décidé à ne plus boire, bien entouré, ayant perçu de manière nette qu'il est dépendant de l'alcool, qu'il ne pourra plus en boire un peu et qui souhaite se donner tous les moyens pour le réussir. Ce patient type a-t-il à ce jour besoin de post cure ?

Les patients demandeurs d'un séjour ou orientés par les soignants sont en général des personnes encore très incertaines de leur capacité à réussir une abstinence, à l'entourage familial et socioprofessionnel très dégradé.

-Parce que les troubles encéphalopathiques sont trop importants

Pire encore, ils ont parfois des séquelles encéphalopathiques, mnésiques ou des troubles cognitifs avec phénomène de précipitation tels que plusieurs semaines d'éviction simple du toxique sont nécessaires avant de pouvoir faire ce simple travail d'anticipation du désir de s'abstenir de boire. Il s'agit alors de séjours de protection du produit alcool pour cicatiser du manque, pour reformer des circuits neuronaux plus adéquats avec cicatrisation des troubles cognitifs sans que pour autant que soit formulé encore une vraie motivation. **Il s'agit de moyens séjours de « pré » post-cure.**

-Mais les moyens séjours sont réservés aux « vrais malades »

C'est alors vrai, un séjour de post cure n'est alors pas adéquat, il devrait suivre un séjour de moyen séjour simple ou de rééducation neurologique mais ces moyens séjours pour moins de 60 ans ou de rééducation n'existent pas, ils sont embolisés par les « vrais malades ». De plus ces séjours devraient être suffisamment contenantants pour ne pas autoriser l'accès libre à l'alcool comme les autres résidents venus soigner autre chose.

-Les courts séjours de sevrage ne peuvent vraiment excéder 8 jours (T2A)

Par ailleurs, si les CHG ont maintenant pratiquement tous un lieu d'accueil officiel de soins alcoologiques, la durée de séjour est sous haute surveillance à l'heure de la T2A et ne peut que rarement dépasser 8 jours.

-Alors, que faire?

Pardonnez nous les mauvaises indications, les mauvais malades et même nos lâchetés où, sûrs de la mauvaise orientation du sujet, nous faisons parfois souffler l'entourage ou même l'équipe de soin, espérant naïvement un miracle ou un relais dans notre impossibilité à soigner.

VII) Que dire des délais d'attente ?

-De 1 à 4 mois d'attente

Aucune structure ne peut accueillir avant 1 mois pour Préville, 2 pour Maylis, 4 pour les Chemins de la Lande à Lannemezan.

-Que proposer dans l'attente?

1. Faire fructifier l'attente...

Pour un certain nombre de patients, ce délai permet de formaliser le projet, de préparer le départ pour sécuriser le retour.

2. « Bricoler », harceler les structures, accompagner l'attente, éviter l'irréparable
Mais pour nombre d'autres, cette attente est difficile, le patient est en situation de danger, famille à bout, conduites limites, état somatique précaire. Une hospitalisation préalable en CHG dans l'attente n'est pas possible, encore moins aujourd'hui qu'hier. Si la structure demande un patient totalement sevré en préalable et que l'on sait qu'un hiatus n'est pas possible entre le séjour court et la post cure car ce patient n'est pas encore en capacité de maintien de sevrage dans l'attente, alors, on bricole...
On frappe à la porte de ces structures, ayant l'impression de harceler, on attend la possible admission avant de décider de l'entrée dans le service de soins alcooliques du CHG, 8 jours avant, souhaitant parfois que l'irréparable ne se produise pas. On bénéficie parfois d'une opportunité ayant l'impression de passer droit.

-Quels items pourraient prendre en compte les situations d'urgence dans le dossier d'admission?

Il me semble que les dossiers pourraient contenir une évaluation du degré d'urgence ressenti par les soignants avec des scores décisionnels. Il ne faudrait pas, bien sûr, que les patients les moins urgents soient remis toujours aux calendes grecques. Ce qui est certain, c'est que le nombre de ces lits est insuffisant.

Résumé des propositions exprimées

- Réflexion concertée sur les néo-couples formés durant la post-cure
- Réflexion concertée sur les séjours des co-dépendants
- Liaisons post-cures et « post » post-cure à formaliser
- S'enquérir des périodes d'abstinence prolongée dans le dossier de post-cure
- Formaliser dans ce dossier des items d'urgence
- Envisager des moyens séjours de « pré » post-cure pour les patients cognitivement très dégradés
- Une convention signée entre centre d'addictologie et post-cures formaliserait la pertinence de chaque acteur dans la trajectoire du patient

Et nous soignants de l'ambulatorio, nous avons des obligations à votre égard

Exigence de prévoir avant ce qui fera sens après, et qui fructifiera pendant. A nous de faire que les séjours en post cure ne soient pas des séjours insulaires où le temps suspend son vol mais ne peut reprendre son cours.

Synthèse de la journée.

Pierre-Marie Lincheneau,
Psychologue,
Bordeaux

Je vais essayer de me lancer dans cette synthèse, mais je dois – une fois de plus – solliciter votre indulgence.

J'ai en effet besoin de votre bienveillance. Je sais, je commence par les excuses, mais ce système ne laisse guère le temps de faire une synthèse, d'autant que les interventions étaient nombreuses et denses. Et puis, malgré le canevas proposé, mais c'est cela la liberté de la pensée et de la parole, elles ont semblé partir dans des directions, tant sur le fond que sur la forme, très différentes.

Pourtant des mots clefs ressortent de ces exposés.

Il faut auparavant dire merci à G. OSTERMAN et à Lionel BÉNICHOU (...à lèche mesurée, promotion assurée...) de nous avoir, avec leur sens pédagogique, ouvert la voie pour trouver une unité à tous ces propos.

G. OSTERMAN a insisté sur l'alcoolisme qui se définit en creux. Il remarque que l'alcoolisme n'existe pas au sens structural et qu'il est nécessaire de donner un sens, **une indication**, réveiller la curiosité de soi, ne pas « éteindre le noir mais allumer la lumière de chacun ».

Curieusement, comme en connivence Lionel BÉNICHOU, a semblé lui donner un début de réponse en parlant de **réhabilitation** du sujet comme **ré-habiter** son corps. Pouvoir être et trouver du sens. Comme si le patient alcoolique était considéré en dehors de lui-même au moment du **récurage** de la désintoxication. Peut-être passer d'un corps extérieur contenant la souffrance à soigner à un corps pouvant se penser.

Il s'agit d'un passage, d'un relais qui permet de partir d'une définition en creux pour remplir un sujet de lui-même.

A l'écoute de cet après-midi, les mots clefs se bousculent. Je relève parmi eux :

Cure, post-cure bien-sûr, soin, guérir, corps, mais surtout temporalité, histoire, faire, penser, rupture, durée, réhabilitation, singularité, lieu, relais, limite, confiance, création, trace, plaisir.

Ne nous y trompons pas, ces mots sélectionnés, s'ils parlent tous de l'alcoolisme et de la poste-cure, ne disent pas la même chose.

Aujourd'hui, on a même eu à plusieurs reprises l'impression que les notions s'opposent. L'opposition n'apparaît pas seulement entre les différentes présentations, mais à l'intérieur même de celles-ci.

Nous avons d'ailleurs souri quand l'infirmière de LA BASTIDE, à propos de la polémique sur les Gamma GT, a affirmé avec force « ça c'est le problème du Docteur, nous les soignants, on insiste sur la parole ».

Dissension dans une équipe? Ou paradigme de la question de l'alcoolisme entre corps soigné et corps pensant? Paradigme de la post-cure elle-même et, plus largement, de l'institutionnel, entre l'action menée, le faire et le sens de celle-ci?

Le Docteur GOMEZ de Val Pyrène a d'ailleurs essayé de façon très didactique de théoriser une différenciation entre le sport « activité mécanique » d'un côté et l'activité physique de l'autre qui, elle, est un travail sur l'être et la prise de conscience de soi, par son retour corporel en termes de bien-être.

Il en parle comme d'un outil de ré-investissement du sujet par lui-même au travers de la notion de plaisir. Le plaisir, notion complexe puisqu'elle se trouve souvent au centre de l'alcoolisme, doublée du fait que le plaisir rend compte du corps et de l'être.

Remarquons comment la notion de réhabilitation est proche (d'ailleurs c'est le terme choisi par l'équipe de Val Pyrène). Comment il y a une forme de matérialisation de la proposition de Lionel BÉNICHOU et comment on retrouve l'idée si joliment exprimée par Dominique SAN QUIRCE (de Maylis) lorsqu'elle parle d'un acte existentiel qui peut être porté par la porte-cure. Il est question pour elle de choisir, **de se choisir**.

D'une manière différente Madame RÉBEYROLLE (Ste Foy) parle de reprise de conscience de soi et le Docteur GOMEZ, lui, souligne les progrès observés dans l'estime de soi.

Alors peut-être qu'une première chose qui fait lien entre toutes ces approches est l'opportunité de réinvestir le sujet, le réhabiliter dans son corps, dans son être comme sujet de plaisir de reconnaissance et d'estime de soi.

Mais ce qui semble faire lien aussi entre toutes ces approches est vraisemblablement le caractère délimité de la post-cure.

Est-elle moment de rupture comme le dit Madame RÉBEYROLLE, ou est-elle une continuité, un moment, un relais, qui peut se répéter comme le souligne Madame SAN QUIRCE ? Le même lieu pouvant être investi tour à tour de façon différente tel un pèlerinage qui n'est jamais le même, avec des relais toujours différents, peut-être simplement parce que chaque étape s'enrichit de l'expérience précédente. On retrouve, à un autre niveau, le même clivage que celui qu'on a désigné tout à l'heure d'un point de vue fonctionnel.

A l'intérieur de cette polémique il y a la post-cure limitée. Elle est limitée dans un espace temps et dans un espace lieu, comme un modèle du sujet un temps rassemblé à lui-même.

Pour les uns elle rompt, pour les autres elle continue, pour tous elle identifie le sujet à un moment.

Il est remarquable d'observer que Madame RÉBEYROLLE et Madame SAN QUIRCE insistent toutes deux sur la temporalité et l'histoire du sujet. L'une par un travail d'atelier – restituer un avant et un après dans un cadre de rupture. L'autre en situant la post-cure en elle-même dans l'histoire du sujet, voir l'histoire de sa maladie. Madame SAN QUIRCE insiste sur la singularité du sujet, l'importance de la notion de lien « puisqu'il n'y a pas de soin sans lien ». Lien soignant /soigné, lien entre sa propre histoire passée et à venir, lien entre sujet passant de « mauvais » malade à « bon » malade, lien avec les équipes de soin qui retrouvent un « autre » patient que celui envoyé en post-cure, lien que réclame Claude DESBORDES quand elle évoque la post-cure ambulatoire.

Mais plus loin la question posée n'est-elle pas celle d'une opposition entre la post-cure qui soigne par son action matérielle, où les alcooliques sont « des symptômes » et la post-cure qui aide parce qu'elle est un outil dont le patient, sujet singulier, se sert à sa façon, qu'il utilise peut-être pour s'investir comme acteur de sa maladie et de son soin. Comme créateur de son soin et comme acteur de sa trace, de son histoire.

La question sera alors : que dit l'équipe, l'institution, au patient de lui et de sa maladie, avant même de lui parler, par l'intermédiaire de l'organisation institutionnelle et du projet de soin ?

On pourrait enfin reprendre la polémique sur la question de l'évaluation. L'exposé de Claude DESBORDES nous fournit nombre d'informations très riches. La discussion récurrente de la journée, soulignée par Benoît FLEURY et reprise par Chantal BOUDET de la Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Alcoolologie (FFNESAA), est active. Madame RÉBEYROLLE pense que l'évaluation est utile, le Docteur GOMEZ montre son intérêt.

Et puis, après tout, qui peut dire que c'est inutile? L'idéologie dominante et les nécessaires économies de santé nous poussent à évaluer. Madame DESBORDES souligne même l'éventuel effet iatrogène de la post-cure, qui oblige à évaluer.

Mais quoi ? Ne doit-on pas se protéger de la soi-disante démarche objectivante?

Une évaluation ne peut exister en soi toute seule.

Que sert l'évaluation ?

Et puis, quoi évaluer, comme le souligne si bien Madame SAN QUIRCE?

Nul doute que la mesure n'échappe pas à la question du sens et du pourquoi.

Ici, ce que nous mesurons, définit notre perception du soin :

Madame RÉBEYROLLE parle d'un objectif, celui de l'abstinence. La mesure semble facile à faire, les gamma GT prennent leur place.

Madame SAN QUIRCE, Gérard OSTERMAN, Lionel BÉNICHOU parlent de ré-habilisation du sujet, de ré-investissement de lui-même. Comment mesure-t-on cela ? Et pourtant n'est-ce pas là le soin ?

Me vient l'image que désormais j'aime bien : le prestidigitateur ne sort de son chapeau que ce qu'il y a mis...

Comment conclure cette synthèse ?

Revenons peut-être à ce que disait Gérard OSTERMAN en introduction à savoir que le soin au patient alcoolique c'est de savoir écouter et apprendre de l'expérience de celui-ci non pas en témoin naïf, mais en tant qu'interlocuteur qui peut permettre de donner un sens, et accompagner, y compris avec la post-cure, le patient dans son pèlerinage singulier.

DAX le 16 06 2005

Pierre-Marie Lincheneau

Conclusion.

Gérard OSTERMANN,
Médecin, Alcoologue – Bordeaux

Merci à Pierre-Marie, pour cette synthèse brillante, éloquente et pertinente sur tout ce qui a été évoqué aujourd'hui. Je reprends l'expression de notre collègue Dominique SAN QUIRCE, psychologue à la Clinique Maylis, nous sommes dans un pèlerinage; il y a quelque chose de l'ordre du pèlerinage, de la recherche.

Je dirais qu'il y a eu un manque, un manque fondamental, mais, au fond, on le savait au départ. Un des discours que nous aurions dû avoir ici, c'est celui des patients. Mais comme nous ne savions pas assez de choses sur la postcure et que nos idées étaient peut-être encore embryonnaires, ou pas assez élaborées, je pense que cela pourra faire l'objet d'une « confrontation ». Ceux qui la vivent peuvent nous dire comment s'est passée leur postcure, ce qui a ou non fonctionné. Evidemment, le terme de postcure ne résonne pas beaucoup en moi, personnellement, si ce n'est par ses ressources étymologiques, linguistiques, sémantiques. Au fond, la postcure c'est toute la vie.

Alors on va parler de cure, oui, de soin, surtout. Ce qui est particulier en alcoologie, c'est qu'il s'agit d'un soin en continuité / discontinuité. Il faut se rappeler ce que dit Michèle MONTJAUZE: "c'est dans l'entre-deux que se revivent les angoisses", ces angoisses si profondes, si archaïques, qui peuvent faire que sur le quai de la gare, juste avant d'arriver, on se rejette dans le verre, on se noie dans l'alcool. Il nous faut donc réfléchir à une façon de gérer cela.

On doit aussi réfléchir à comment se fait le lien entre celui qui prescrit "la postcure" et les soignants du centre de soins ou de réadaptation. Est-ce uniquement par un papier, un dossier? Ne devrait-on pas aller un peu plus physiquement voir ce qui s'y passe? Ne devrait-on pas se parler un peu plus, se téléphoner? pour que nos patients n'aient pas le sentiment d'un abandon, pour qu'on ne les revoie pas tellement différents au retour qu'on se retrouve pas tout à fait calé avec eux. .

Aujourd'hui nous avons posé une base importante, on a appris beaucoup de choses. Je crois qu'il est bon de rester sur notre soif par rapport à ça. A très bientôt. Au 6 octobre !