



Siège social : 139, rue Lecocq 33000 – Bordeaux
Numéro Formateur : 72 33 06455 33 – SIRET : 482 881 018 000 14
Secrétariat : 40, rue St Julien 33112 – Saint Laurent-Médoc
05 47 83 90 50 / 06 73 00 07 74 craa@sfr.fr

CLINIQUE DU CHÂTEAU DE PRÉVILLE

JOURNÉE DU 6 SEPTEMBRE 2001 - ORTHEZ

«L'OFFRE ET LA DEMANDE»

PROGRAMME

Ouverture: Benoît Fleury – Marie Thérèse Noël – Gilles Pialloux

Dialogue: Michel Craplet et Lionel Bénichou

Les contre-attitudes des soignants : Artefact ou fil d'Ariane ?
Gérard Ostermann – Colette Lortet – Laurent Schouler

Ateliers

Atelier 1 : Les contre-attitudes soignantes – “Guéris ! je le veux”
Animateurs: Colette Lortet, Laurent Schouler, Gérard Ostermann, Pierre-Marie Lincheneau

Atelier 2 : la demande – “qui demande quoi, à qui et pourquoi ?”
Animateurs: Jean-François Lairez, Jean-Jacques Pinoteau, Pierre Moulinet, Marc Auriacombe

Atelier 3 : L'offre – “Institution, réseau, dispositif ambulatoire: château fort, château de cartes ou château en Espagne ?”
Animateurs: Paul Bonnan, Christophe Lagabrielle

Synthèse: Emmanuel Palomino

Ouverture:

Benoît FLEURY.

Gilles PIALLOUX a proposé que le Collège des Alcoologues Aquitains se réunisse à l'occasion de l'inauguration des nouveaux locaux de la Clinique du Château de Préville. Je passe la parole à sa directrice, Madame Marie-Thérèse NOËL.

Madame Marie-Thérèse NOËL.

Bonjour et bienvenue à toutes et tous. En tant que Directrice de la Clinique, je suis très flattée que le Collège des Alcoologues Aquitains ait décidé de tenir son deuxième congrès à Préville. Votre nombre est pour moi une manifestation de l'intérêt que vous portez à la Clinique et je vous en remercie. Je pense que la qualité des intervenants va aujourd'hui permettre des échanges enrichissants et des rencontres. Je le souhaite vivement et je vous souhaite une bonne journée.

Benoît FLEURY.

Je précise que Marie-Thérèse NOËL a joué un rôle important dans un certain nombre de commissions régionales autour de la DRASS, dans tout ce qui était préparation de l'organisation des soins en alcoologie. Notamment, elle a travaillé sur le cahier des charges dans les centres de post cure et sur le Plan Régional de Santé (PRS).

Je voulais saluer Lionel BÉNICHOU que tout le monde connaît et lui dire le plaisir que j'ai personnellement et que beaucoup ici ont d'être dans un lieu où il a longtemps travaillé.

Je passe la parole à Gilles PIALLOUX, pour l'équipe médicale de Préville, les Docteurs Jean-Francois LAIREZ, Gilles PIALLOUX et Jean-Jacques PINOTEAU.

Gilles PIALLOUX.

Au congrès du 23 novembre 2000 puis en décembre à la SFA, nous avons discuté avec Colette LORTET et Benoît FLEURY l'idée de faire coïncider ce congrès et l'inauguration des nouveaux locaux, que nous avons dû réaliser puisque la Commission de Sécurité a classé notre Chalet hors normes. Cette décision a été la bonne, puisque vous êtes ici. Cela signifie que l'alcoologie maintenant marche, alors qu'il y a quelques années, seuls quelques pionniers étaient là, dont Lionel BÉNICHOU.

Vous connaissiez la réputation de Préville. Elle a été colportée dans tout l'hexagone et même au delà par Lionel BÉNICHOU pendant des années. Mais vous ne connaissiez pas la Clinique et je crois que rien ne vaut le contact direct.

Préville existe depuis 1926. La clinique psychiatrique avait été créée par le Docteur DHERS. Nous sommes heureux de recevoir sa fille, qui a tenu à être présente toute la journée parmi nous et parmi vous. Le Docteur DHERS a tenu la barre pendant 40 ans. Une caractéristique de la Clinique est que les médecins qui y sont, s'incrument. Lionel BÉNICHOU, arrivé en 1955, en est parti en 1995, donc lui aussi est resté 40 ans. Jean-Francois LAIREZ est arrivé fin 1980 (2002 sera un peu juste pour faire 40 ans). Nous accueillons Jean-Jacques PINOTEAU depuis le 1^{er} août, peut-être pour 40 ans ; son prédécesseur est resté de 1991 à 2001. Moi, je suis ici depuis janvier 75. Je ne passerai pas la barre des 40 ans car ma succession est déjà ouverte. Je m'en vais le 4 août 2005 ; il me reste 1429 jours cet après-midi.

Préville, c'est trois psychiatres alcoologues, une directrice, sept autres médecins alcoologues et un médecin résident.

C'est aussi et surtout un personnel stable et permanent :

- une directrice, Marie-Thérèse Noël, une personnalité titanesque parfois un peu difficilement contrôlable, mais c'est heureux !
- 14 infirmières et un infirmier, toujours disponibles et compétents,
- 5 aides soignantes
- des femmes de ménage, qui ont pris en charge même la gymnastique,
- un secrétariat, extrêmement performant et avenant,
- nos cuisiniers, les meilleurs d'Orthez (le meilleur restaurant est à Préville),
- nos jardiniers qui font un travail considérable.

Le chalet se meurt ; il a accueilli des patients jusqu'à samedi. A sa place est né ce bâtiment, que nous avons décidé d'appeler «le Relais». Je vous remercie d'être venus et vous souhaite une bonne journée de travail.

Benoît FLEURY.

Un mot sur le Collège Régional des Alcoologues Aquitains. Pour l'heure c'est un mouvement de personnes, un comité d'organisation avec Gérard OSTERMANN, Colette LORTET, Laurent SCHOULER, Pierre-Marie LINCHEAU, donc essentiellement des cliniciens de la région bordelaise. C'est aussi le résultat d'un partenariat avec Laurent ROUGIER, le représentant bordelais de LIPHA SANTÉ à qui je rends hommage et que je remercie aujourd'hui ; il a su créer une dynamique, nous poussant même à éventuellement créer une association. Nous avons eu une première journée le 23 novembre 2000, sur le thème "Le Temps et le Soin", près de Bordeaux – il y avait 60 personnes ; aujourd'hui, nous sommes trois fois plus. Peut-être à la prochaine réunion, serons-nous encore trois fois plus. Partenariat aussi avec le Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme.

Nous accueillons Michel CRAPLET, médecin délégué de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, qui nous vient de Paris ; il est aussi médecin à l'Hôpital de Saint-Cloud, auteur du livre «Passion Alcool» chez Odile Jacob. Nous lui avons demandé d'intervenir avec Lionel BÉNICHOU.

Le Docteur Emmanuel PALOMINO, médecin-chef au Centre Hospitalier de Jonzac, aura une tâche difficile ; il a bien voulu accepter de se promener dans les ateliers cet après-midi et de faire la synthèse ce soir.

Il est intéressant de voir sur la liste des participants aujourd'hui qu'il y a des gens dans la prévention (Comités de Prévention de l'Alcoolisme), dans le soin (soignants de tous horizons), ou dans les deux ; il y a, bien sûr, la Clinique du Château de Préville, c'est à dire le privé, des représentants du système ambulatoire, médecins généralistes, centres de cure ambulatoire ; il y a deux médecins du travail ; et puis des hospitaliers, de médecine – la gastro est bien représentée – et de psychiatrie. Certains travaillent très clairement en réseau. Il y a des représentants de centres de post cure en Aquitaine (Narros et Sainte Foy la Grande, ouvert en avril) et hors Aquitaine (Poitou-Charente, Midi-Pyrénées). Avec nous aussi nos collègues qui s'occupent plus particulièrement de la toxicomanie.

Je rappelle les objectifs de la journée :

- flasher pour le nouveau loft du Château de Préville,
- améliorer nos pratiques,
- nous connaître,
- échanger nos galères ou nos miracles,
- évaluer votre désir d'échanger et de communiquer (merci de remplir le sondage).

Docteurs Michel Craplet et Lionel Bénichou.

DIALOGUE.

Lionel BÉNICHOU

Tout d'abord, bonjour à tous ceux à qui je n'ai pas dit bonjour individuellement. Cela me fait très plaisir et je suis «émotionné» de vous retrouver à cette place, en ce lieu. C'est un lieu d'histoire, histoire à laquelle j'ai modestement participé pendant quelques années. C'est un lieu psychiatrique, qui a suivi tous les changements, toutes les modifications que la psychiatrie a subi depuis le début du siècle.

Tout d'abord, sachez que ici, là où vous êtes, il y a eu une frontière de liberté. En 1940, après l'Armistice, la frontière entre la zone occupée et la zone non occupée passait par Prévilles. Du côté d'Orthez, à l'entrée, il y avait une guérite noire, blanche et rouge, dans laquelle se tenait un digne représentant de la Wehrmacht, un poste frontière qui gardait l'imperméabilité entre zone occupée et zone non occupée. Le Docteur DEHRS vous a été présenté tout à l'heure : il était le fondateur et le médecin de ce lieu. Quand les scellés ont été apposés sur l'entrée côté zone libre, l'entrée par laquelle vous êtes venus, le Docteur DEHRS s'est empressé de les faire sauter, pour que puisse se faire en toute sécurité le passage de gens qui avaient intérêt à quitter la zone occupée pour gagner la zone libre. C'est comme ça qu'avec Madame DEHRS, son épouse, il favorisa ici nombre d'évasions de gens qui, pour des raisons de race ou de politique, étaient obligés d'éviter la police allemande ou la police de Vichy. Il y eut même de faux pensionnaires, de faux fous, qui à Prévilles se protégèrent ainsi.

Je me souviens de l'un d'eux puisque c'est un peu grâce à lui que je suis là, un professeur de Toulouse, qui, sous un faux nom, est resté plusieurs mois entre 43 et 44, jusqu'à la libération. C'était un compagnon de tranchée du Docteur DEHRS pendant la guerre de 14-18, et qui avait donc trouvé ici asile et clandestinité pour sa sécurité.

En 1926, cette Clinique est fondée en s'inspirant d'un modèle suisse qui implique la famille du médecin comme outil thérapeutique. De fait, jusqu'à son décès en 1966, le Docteur DEHRS a vécu ici, au milieu des pensionnaires, avec son épouse et avec sa fille, que nous avons aujourd'hui le bonheur d'accueillir parmi nous.

Les thérapeutiques, à l'époque : les «simples» - la valériane - quelques barbituriques de temps en temps - du brome, du bromure - des choses qui tiennent en une dizaine de lignes. Et puis des thérapies corporelles où dominait essentiellement l'hydrothérapie. Il y avait une salle avec des douches spécialisées ; selon les indications, on faisait des douches au jet, des douches verticales, des douches tournantes, des douches de toutes sortes... et administrées par le médecin lui-même. C'était une façon «d'instrumentaliser» le transfert à travers l'eau !

Le véritable modèle de ce type de maison de santé, en réalité, date du 19^{ème} siècle ; c'est la maison de santé du Docteur BLANCHE, à Paris, où furent soignés Gérard de Nerval et Guy de Maupassant.

Le premier Docteur BLANCHE se prénommait «Esprit» : c'est assez fabuleux pour un psychiatre de s'appeler «Esprit» ! Esprit et son fils Emile accueillirent dans leur maison, à Montmartre puis à Passy, de 1821 à 1893, des malades mentaux internés pouvant payer leur pension. Et la famille BLANCHE vivait au milieu des pensionnaires. Un grand parc, une ferme, des écuries créaient un microcosme rassurant pour les pensionnaires, qui se trouvaient néanmoins dans les conditions d'enfermement de la loi de 38. Ils étaient enfermés sans en avoir conscience, comme Merlin dans la Forêt de Brocéliande.

Ici, à Préville, l'extension du Chalet s'est faite dans une ancienne ferme avant la deuxième guerre mondiale. Et je suis témoin que, peut-être, l'étroitesse des lieux et le talent de l'infirmière, Thérèse BORDENAVE, épouse du jardinier-chauffeur de la maison, ont favorisé cette ambiance thérapeutique de la prothèse familiale. Au Chalet, il y avait les malades les plus graves, y compris une vieille grabataire démente que j'ai découverte quand je suis arrivé ici. Enfin, et l'alcoolique là-dedans ?

L'alcoolique, jusqu'en 59-60, pour moi, c'était une charge. Une catégorie de patients agaçants, peu gratifiants, soignés avec les techniques pseudo-pavloviennes des cures de dégoût inscrites dans la nomenclature des actes de spécialité. Cure au disulfirame ou cure à l'apomorphine : il fallait que les gens vomissent leur boisson préférée jusqu'à ce qu'ils n'en aient plus envie. Nous sommes partis de là. Et puis un jour, comme cela arrive dans la vie, j'ai fait une rencontre. Véritablement initiatique fut ma rencontre avec un colonel. Quand on sait mon attitude par rapport aux choses militaires! Ce colonel était l'aide de camp de l'amiral résident du gouvernement de Vichy en Indochine. Pour dire qu'il vivait dans un monde très éloigné de ce que je pouvais apprécier. Mais le colonel, dans mon bureau, a débuté l'entretien en disant: «Vous savez, je suis alcoolique». Pour la première fois, j'entendais un alcoolique dire qu'il était alcoolique ! Tous les alcooliques que j'avais soignés disaient: «Je bois comme tout le monde... pas plus ni moins... bon, ça dépend des fois... et, si je bois, c'est parce que.. etc....». Le dit colonel s'efforçait d'implanter dans la région un mouvement d'anciens buveurs, Croix d'Or. Il faisait le tour des collègues pour avoir des repères, essayer d'établir un réseau avant la lettre. Comme il s'était dit alcoolique et que pour la première fois que j'en rencontrais un qui le disait, je l'ai aidé. Je me suis efforcé de l'aider.

Au fond, c'est le premier maillon d'une chaîne qui m'a permis de connaître les pionniers de l'alcoologie française, Pierre FOUQUET, Michel HAAS, et des institutions de prévention, le Comité de Défense (CNDTA) qui est devenu l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme. J'ai participé à la formation en alcoologie, à Amiens. Puis j'ai connu ORCEL, avec qui j'ai rédigé un rapport au congrès de psychiatrie et de neurologie en 73, et qui m'avait appris qu'au bout du compte, un alcoolique, ça se soigne, on ne le soigne pas. Et que cela se soigne d'autant mieux qu'on peut le faire en groupe. A l'imitation de Michel HAAS, j'ai essayé les grands groupes de parole du samedi. Et les ateliers d'écriture, que j'ai découverts à Lausanne lors d'un congrès. Voilà comment l'alcoologie a été introduite à Préville, mais sans venir pour autant à la psychiatrie. De toute façon, on sait bien maintenant que chez les alcoolo- dépendants, comme ils disent dans les publications, les co-morbidités sont la règle. Très souvent, il y a deux pathologies qui évoluent en se renvoyant la balle, une pathologie psychiatrique et une alcoolo dépendance.

Devant le thème de cette journée, «L'offre et la demande», ma première réaction a été de me dire : « Oh, la, la ! La loi du marché ! »,

L'offre ? Quelle offre ? Une offre de réhabilitation ? La réhabilitation est un concept passionnant. Le 18 novembre 2000, Jean Toussaint DESSANTI, philosophe, est intervenu sur ce thème aux journées de l'Association Française de Psychiatrie. DESSANTI définit le mot ainsi: «enchaînement des actes par lequel le sujet qui a perdu la fermeté de sa main, et par suite la familiarité de son site habitable, c'est à dire son corps, son être, et qui, par-là, ne se tient plus, au point que lui, l'habitant, y devient comme étranger à soi-même et absent de sa propre vie, apprend (par la réhabilitation) 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».

La demande est-elle symétrique ? Certainement pas. Au départ, l'alcoolodépendant demande la réhabilitation de la main qui tient le verre, l'alibi d'une maladie présentable (la co-morbidité dépressive arrive souvent à point, on préfère parler de dépression plutôt que d'alcoolisme). Et il vient ici reprendre des forces pour un non-changement.

Je passe la parole à Michel CRAPLET.

Michel CRAPLET.

Bonjour à tous. Je voudrais dire que je suis très heureux d'être ici. La première raison n'a rien à voir avec le thème. Il y a 15 jours encore, j'étais en vacances dans le sud-ouest. Un peu plus au nord qu'ici, mais c'est bien, un petit rappel de vacances. La deuxième raison est un peu plus sérieuse et se rapproche de notre thème: mon intérêt pour l'architecture. J'ai fait ma thèse de médecine sur l'architecture des hôpitaux psychiatriques, dont j'avais fait à l'époque le tour de France. Depuis, je me suis intéressé à l'architecture hospitalière, puis à l'architecture en général puisque à la suite de ce travail, j'ai fait également des études d'architecture. A Préville, ce jour d'inauguration de ce nouveau bâtiment, dans ce site, est tout à fait passionnant pour moi.

Le thème de «L'offre et la demande», j'en parle assez souvent en prévention. Faut-il agir sur l'offre du produit, sa disponibilité ? Agir sur la demande du consommateur potentiel ? Mais je n'avais jamais vraiment réfléchi sur ce thème à propos du soin.

Je vais vous parler d'un lieu très différent et qui n'a rien à voir avec la Clinique de Préville : l'Hôpital de Saint-Cloud, un des lieux où a été fondée l'alcoologie à partir des années 1950. C'est un lieu différent, urbain, un hôpital dans une ville ; un hôpital que l'on ne voit pas très bien dans la ville, il est inclus dans un pâté de maisons; un hôpital où il y a trois entrées sur trois niveaux différents, ce qui en fait une sorte de labyrinthe ; un hôpital où le jardin se réduit à 100 m², beaucoup moins en ce moment car l'hôpital est en travaux.

Dans cet hôpital en 1950 le Docteur HAAS est arrivé comme chef du service de gastro-entérologie. Nous parlions de renier ou pas la psychiatrie. Les relations du Docteur HAAS avec la psychiatrie étaient particulières : il était interne en psychiatrie avant la guerre; en retour de déportation, quand il a repris son activité professionnelle, il a abandonné la psychiatrie pour se diriger vers la gastro-entérologie. Il a eu, avec la psychiatrie, une relation intéressante mais complexe. Donc, il était chef du service de gastro-entérologie; il recevait des malades pour leur cirrhose. La demande des médecins traitants ou des malades était «soigner la cirrhose».

Le Docteur HAAS a commencé à créer un écart entre la demande et l'offre des soins qu'il pouvait faire. Au lieu de se contenter de soigner les cirrhoses et autres complications somatiques dues à l'alcool, il a commencé à réfléchir à l'alcoologie, à essayer d'avoir une offre thérapeutique en amont, soigner la dépendance ou aider les personnes dépendantes et également à s'intéresser à la prévention, faire du dépistage. C'était donc un premier écart entre l'offre et la demande, entre ce que demandent le patient, son entourage, son médecin et ce que les spécialistes peuvent offrir. Dans cet écart, le Docteur HAAS a transformé son équipe. A cette équipe, médicale au départ, il a joint des psychiatres, des psychologues, en ouvrant donc le champ des réponses qu'on pouvait apporter.

J'ai trouvé un deuxième écart, entre la demande de soins par une cure et une offre thérapeutique très originale. Encore aujourd'hui, des malades et des médecins s'adressent à l'alcoologie pour une cure. Des malades arrivent en disant: «Faites-moi une cure, faites moi tout». La totale. Une première réponse que nous pouvons leur donner, c'est que la cure n'existe pas. Comme la cure de sommeil; certains arrivent encore en demandant une cure de sommeil. Je leur dis souvent: «On ne va pas vous faire une cure de sommeil, on va vous faire une cure de réveil - une cure de parole». Une cure ? Ce terme est tout à fait inapproprié en alcoologie si on prend la définition des dictionnaires. Mais si on cherche l'étymologie du mot ou d'autres sens plus anciens, on peut se dire, oui pourquoi pas une cure en alcoologie ? Prendre cure, c'est prendre soin de soi. Il reste dans l'expression «n'avoir cure de» la question du désir dans la cure. «Avoir cure de quelqu'un», à l'âge classique, c'est en être amoureux. Il y a surtout un autre mot qui a la même étymologie que «cure» c'est le mot de «curiosité». Que le médecin ait la curiosité du malade, et surtout qu'on puisse aider le patient alcoolo-dépendant à avoir une curiosité de soi, une curiosité pour lui-même, ça, cela fait partie de la cure. L'aider à retrouver une curiosité pour lui, cela fait partie de ce qu'on peut lui offrir.

Troisième écart entre l'offre et la demande : de la part de l'entourage, du médecin, mais même parfois aussi du patient, il y a une demande d'enfermement. C'est l'alcoolo-dépendant qui vient pour être enfermé, pour être à l'abri de lui-même. A propos de Saint Cloud, et surtout d'autres centres en province, la question des familles c'est: «Mais n'y a t'il pas des bistrotts, des cafés tout autour ?» A Préville, je n'ai pas encore tout repéré... Les gens imaginent qu'il y a des régions en France, des régions pour les post cures, où la densité des bistrotts est bien inférieure à la moyenne nationale. Alors que la question est bien ailleurs.

Ce que nous offrons, ce n'est pas un enfermement mais au contraire une ouverture ; c'est un espace transitionnel entre le dedans et le dehors. Je ne reprendrai pas en détail la théorie de WINNICOTT, mais je crois que c'est là une référence très importante, de travailler sur cette question de l'espace transitionnel, de l'aire de jeu. A Saint-Cloud, nous avons donné une sorte de base architecturale, institutionnelle à cet espace transitionnel psychique de WINNICOTT.

Bien sûr comme ailleurs nous avons créé des activités ambulatoires, des consultations, nous avons créé ce qu'on appelle un «cycle de 5 jours». Nous avons surtout créé un lieu, une institution appelée l'URSTA (Unité de Recherche et de Soins en Alcoologie) qui organise au sein de l'hôpital un accueil. Cela s'appelle l'Accueil, avec une majuscule ; c'est dans une salle, ancienne lingerie de l'hôpital, qui nous a été ouverte il y a maintenant 15 ans pour constituer un espace de transition, un sas, entre le dedans et le dehors. Dans cette salle ont lieu maintenant toutes les réunions de l'unité d'alcoologie, réunions avec des soignants professionnels bien sûr, comme le Grand Cirque (la première grande réunion dans un hôpital où aient été abordés les problèmes liés à l'alcool avec beaucoup de diversité), mais aussi toutes les réunions organisées par les malades rétablis. A Saint-Cloud, nous les appelons «les Rétablis». Deux fois par semaine, dans cette salle de l'URSTA, nous organisons cet Accueil.

Des anciens y reviennent, à la fois pour accueillir les hospitalisés, qui sont dans les étages et qui descendent dans cette salle, et pour accueillir des gens de l'extérieur qui viennent en consultation ou qui ne sont pas hospitalisés mais ont besoin de cet Accueil. Donc dans cette salle, se rencontrent les gens hospitalisés, les anciens qui ont vingt ans d'abstinence, les petits nouveaux pas encore venus en consultation, ou qui attendent un lit d'hospitalisation, tous ceux qui, à leur sortie, ont besoin de continuer à fréquenter des malades Rétablis dans une ambiance réconfortante, dans une ambiance où ils se sentiront bien, dans une ambiance où, ils le disent eux-mêmes, ils ne se sentiront pas jugés. Donc nous offrons cet espace transitionnel où a lieu l'Accueil, où ont lieu également certaines activités thérapeutiques et en particulier, de plus en plus depuis quelques années, des activités ludiques, éducatrices, de l'art-thérapie ou du théâtre. Là encore, on voit bien l'implication entre l'espace transitionnel, l'aire de jeu et cet espace que WINNICOTT met entre le jeu de l'enfant et la créativité.

Autre écart entre l'offre et la demande, c'est la demande de l'entourage ou du malade d'être reçu par des soignants professionnels. Je vous ai parlé de ces Rétablis, abstinents depuis 15 jours ou 15 ans, et qui nous aident à accueillir les consultants. Quelques-uns sont très surpris. Ils viennent pour voir un médecin, dans une consultation médicale, dans un hôpital. On a avec eux une consultation, un entretien et ensuite on leur propose de rencontrer quelqu'un qui s'est sorti du problème d'alcool. Bien sûr, c'est aussi intéressant de leur proposer ça pour leur dire «vous savez, vous n'êtes pas seul» parce qu'ils viennent tous avec l'idée qu'ils sont seuls. On leur dit qu'ils ne sont pas seuls, qu'il y en a deux millions en France, mais c'est un peu théorique comme information. Si on leur dit: «on va vous en présenter deux, qui sont là, que vous pouvez voir aujourd'hui, à qui vous pouvez parler, que vous pouvez toucher», c'est beaucoup plus intéressant. Et c'est comme ça que ça se passe. Nous avons, lors des consultations, la possibilité de travailler avec des Rétablis, pour pouvoir amorcer un dialogue authentique avec les consultants. Lionel parlait de rencontre tout à l'heure ; je n'ai pas rencontré de militaire à l'origine, mais à Saint-Cloud, j'ai rencontré une femme assez extraordinaire, assez «colonel» dans son abord, NOUKA. Elle a été une figure emblématique de l'alcoologie à Saint-Cloud et avait été instituée par le docteur HAAS comme la première «guérie», à l'époque on ne disait pas «Rétablie». Elle-même se définissait comme ça, un peu comme le colonel, et se présentait aux consultants en disant: «je suis l'alcoolique de service». Ils étaient un peu atterrés, ils ne savaient pas trop comment réagir; elle avait une blouse blanche. C'était une autre époque, les «Rétablis» d'aujourd'hui n'ont plus de blouse blanche.

Pour continuer à décliner ces oppositions entre offre et demande, je parlerai de la demande de soin par l'entourage. Il demande beaucoup de choses. Pendant longtemps, à Saint-Cloud, on s'est un peu trompé : on a ignoré la demande de l'entourage. On était «du côté du malade», comme le disait d'ailleurs l'entourage, dont on ne voulait pas entendre la plainte. C'est vrai qu'on était «du côté du malade»; je crois qu'il y avait la nécessité historique d'être plutôt «du côté du malade».

Depuis quelques années, on a changé et l'entourage est davantage écouté pour lui-même et surtout on a maintenant pour lui des offres de thérapie, de couple, familiale, ou tout simplement des offres d'écoute informelle que nous proposons à différents moments de la carrière thérapeutique du patient.

Un autre grand hiatus entre offre et demande apparaît quand la demande du malade ou de l'entourage est la modération alors que l'offre est de l'ordre de l'abstinence. Je dirai pour rassurer qu'à Saint-Cloud nous sommes toujours pour l'abstinence ; nous ne conseillons pas la consommation modérée dans le cadre de l'alcoolo-dépendance. Les discours qui se déploient actuellement autour de cette notion, à mon avis, sont dûs à des confusions entre alcoolo-dépendants et abuseurs d'alcool. Je dis «offre d'abstinence» : il faut insister sur le mot «offre»;

nous offrons l'abstinence, nous ne l'imposons pas, nous la proposons. Proposer, c'est à dire 'poser devant'. Nous posons l'abstinence devant l'alcoolodépendant, qui la saisira ou pas. Il saisira ou non cet outil thérapeutique, dans l'hypothèse bien évidemment d'aller mieux. L'objectif, ce n'est pas l'abstinence, c'est d'aller mieux. Enfin notre objectif c'est l'abstinence aussi. Quelques mauvaises langues disent le contraire car quand le malade n'arrive pas à être abstinent, on continue à s'occuper de lui, on le reçoit, on l'écoute, on l'aide, on essaie de faire ce qu'on peut ; on essaie aussi de faire de la réduction des risques, même si on a un objectif plus ambitieux. Bien évidemment, on est là pour tous ceux qui essaient de sortir du problème d'alcool.

Un hiatus entre offre et demande concerne la demande de soins et d'activité par la société, la collectivité. On nous demande beaucoup, mais nous avons des moyens limités à offrir, aussi bien en soin qu'en prévention. Il y a des listes d'attente, on ne peut pas satisfaire toutes les demandes. La situation s'est améliorée depuis quelques années; à l'ANPA, nous recrutons beaucoup, nous embauchons depuis quelques années. Des gens qui ne restent pas toujours parmi nous. Une fois formés, une fois initiés à l'alcoologie, ils trouvent mieux, mieux payé ailleurs, aussi bien dans le soin que dans la prévention Mais ce n'est pas perdu ! Si nous les formons à l'alcoologie, s'ils peuvent bénéficier de cette formation initiale, pourquoi pas ? Ils feront après de la prévention et démultiplieront notre message.

Pour terminer, c'est vrai qu'il y a quelque fois un écart entre la demande d'information que les journalistes et la presse ont en général, avec des demandes bien précises de chiffres, d'explications bien scientifiques, que malheureusement nous ne pouvons pas toujours offrir. C'est souvent par méconnaissance du problème ; de nombreuses recherches manquent en France et nous ne sommes pas toujours à même de donner les réponses qu'on nous demande, de donner des chiffres par exemple. J'ai été frappé récemment de voir dans une publication officielle qu'on faisait encore référence à une publication de 1969 pour donner des chiffres reliant alcool et violence. Il n'y a donc pas d'étude plus récente sur ce thème : cela montre encore une fois l'épaisseur du tabou en ce qui concerne le sujet qui nous occupe aujourd'hui.

Lionel BÉNICHOU

Le hiatus entre offre et demande se résout parfois de façon assez miraculeuse, comme s'il y avait nécessité d'une latence, pour trouver le code qui va permettre de dissoudre ce hiatus. Je pense à une prof de philo venue à Prévilly et qui y revenait pendant les vacances scolaires pour «soigner son alcoolisme». Elle avait des ennuis professionnels: quand elle commençait à parler de Kant ou de Hegel l'après-midi, à partir d'une certaine heure, cela devenait un peu pâteux; c'était mal vécu par les élèves et leurs parents. L'administration était en train de la pousser doucement vers un statut de réforme. Elle aurait bien voulu tout de même continuer, elle aimait son métier. Elle est venue une dizaine de fois ici, selon les vacances, Pâques, Noël. Oh, elle faisait le programme, impeccable! Toutes les activités! Elle était là, approuvait, acquiesçait à tout ce qu'on voulait. Cela marchait très bien, mais une fois chez elle, elle buvait. Pour une raison ou une autre, parce qu'elle était seule, qu'elle était seule avec son gamin, et que... et que... Et un jour, un samedi, alors qu'on commençait notre «Grand Cirque», Claude, un Alcoolique Anonyme de Toulouse est venu nous rendre visite. Je l'avais invité à la discussion dans ce groupe. Il a pris la parole ; il a dit des choses intéressantes. Il se trouve que cela a été le dernier séjour de la prof de philo. Elle n'est plus jamais revenue. On s'est revu, dans des réunions.. Je lui ai demandé «Mais pourquoi un jour vous-êtes vous décidée ?» Elle m'a dit : «Claude a dit la même chose que vous, mais lui, je l'ai cru !». Et je lui ai répondu «Certes, mais vous avez reconnu mes propos dans son discours...»

Michel CRAPLET.

Je crois que nous sommes d'accord pour dire que nous sommes complémentaires, avec les Rétablis. C'est notre mot à nous, Clodoaldiens — on peut jouer avec le nom des habitants de Saint-Cloud ! C'est vrai qu'il y a encore 20 ans, c'était un peu tendu, avec ces associations, mais on a conclu qu'on avait tous énormément de travail.

La question du code? La question de l'interprétation, c'est la question du sens, des origines qui est posée là. On dit des choses à ces gens pendant des années et un jour l'objectif est atteint ailleurs. On n'est pas jaloux car on voit que ce qu'on a semé a un jour des effets ailleurs.

Dieu sait si c'est difficile de soigner les personnels de l'Éducation Nationale : il n'y a pas d'alcooliques là, c'est connu ! Les gens qui y ont tenté l'alcoologie, comme Hector BOISSET, ont eu beaucoup de mal. Il y a eu les plus grands ; FOUQUET, puis VACHONFRANCE, mais quand VACHONFRANCE est parti, une part de ses vacances a disparu. C'est difficile de reconnaître un problème d'alcool pour les enseignants.

Le problème des répétitions, ce retour du temps qui passe et la difficulté pour un lieu comme ici d'assurer la continuité. Trop souvent, quand l'entourage, le patient demandent l'envoi en cure en province, à la campagne, nous redoutons que ce soit pris comme une cure qui se suffit à elle-même. Encore plus si la cure est prolongée d'une post cure. Les patients qui ont fait la cure, la post cure, ont nettement l'idée qu'ils ont fait le maximum, leur famille aussi et leur médecin généraliste aussi. Alors que nous savons bien que tout commence à la sortie. Entre Préville et Saint-Cloud, il peut y avoir cette complémentarité entre un séjour ouvert et un suivi qui peut, pour des gens en Ile de France, être plus facilement assuré à Saint-Cloud, par la proximité, même si, dans l'espace psychique cela continue de fonctionner beaucoup, même si, à distance, on peut continuer d'être aidé par le lieu dans lequel on a été aidé. Je n'étais jamais venu à Préville avant ce matin, mais j'en avais entendu parler par les patients. Cela continuait bien sûr de les aider au loin. Il y a des moyens de communication, c'est plus difficile de faire venir les signifiants d'une hospitalisation que d'y être, mais quand même. Il y a à réfléchir sur la complémentarité entre le lieu de sevrage et le lieu de suivi.

A Saint-Cloud, on peut accueillir le patient, le sevrer, faire son suivi ambulatoire, puis un accompagnement pendant longtemps. On est contraint par les locaux, mais il y a des murs qui rassurent dans cet hôpital labyrinthe. C'est aussi un lieu où on peut se cacher.

On explique aux malades: «Vous allez pouvoir être dans votre lit, les couvertures relevées jusqu'au menton pendant quelques jours. Dans les salles de réunion, les couloirs, vous vous baladerez, vous profiterez des 50 m² de jardin». Puis ils s'approprient un espace de plus en plus grand, en utilisant le recoin de la machine à café, le petit couloir où on peut se cacher. Un lieu comme Préville a aussi ses marges, où on peut se cacher pour des activités plus ou moins autorisées.

Lionel BÉNICHOU

Parfois les patients, devant leur difficulté à rompre avec l'alcool, nous reprochent «le cocon». Un reproche ambigu: on offrirait un cocon dont il serait très difficile de sortir. On offre du lien particulièrement régressif. Cela a une traduction. Je pense aux coups de fil que l'infirmière de nuit reçoit de patients lointains. Elle assure parfois un véritable «SOS - alcool». C'est une grosse responsabilité, c'est lourd pour elle. Ce lien a souvent cherché à s'institutionnaliser : je connais au moins trois sortes d'associations des anciens de Préville, dans la région parisienne en particulier: un leader, qui veut à tout prix... deux ou trois réunions et puis ça s'essouffle.

Il faut discuter de ce problème du lien, de sa continuation. C'est vrai, il y a quelque chose de l'ordre du transfert. Je crois qu'en alcoologie, plus qu'un problème individuel, c'est un problème institutionnel. Le lien transférentiel s'établit avec la nature, avec le jardinier, avec le personnel, et ce n'est pas nouveau. DEMONGY l'avait développé il y a des années. Il faut en prendre conscience parce que ce à quoi on invite les gens, c'est une mutation considérable, un changement de culture. Il faut l'affronter ! J'ai parfois tenté de jouer ce jeu-là. Dans une grande assemblée, y compris de psychiatres; je me souviens du congrès de Reims où on offrait du champagne, rien que du champagne. Et où j'ai demandé de l'eau. Il faut voir le regard des collègues, et en particulier celui d'un certain professeur qui cherchait à déchiffrer mon cas. «Oui, je suis désolé, je suis alcoolique!» Il faut voir la tête des collègues. Un collègue alcoolique, qui vient ainsi réclamer de l'eau un jour d'apéritif au congrès ! J'ai eu de l'eau dans la minute, mais gentiment; on a doucement déposé une carafe et un verre devant moi. Il se trouve que beaucoup se sont engouffrés dans la brèche ouverte et ont demandé de l'eau. Il faisait chaud, les gens avaient simplement soif, même s'ils avaient bu du champagne. C'est dire que ce changement de culture est considérable. C'est une gageure à laquelle il nous faut accorder de l'importance.

Dans la question du Moi / non-Moi, le Moi est dominé par ce drôle de phénomène qu'est l'addiction.

Michel CRAPLET.

C'est difficile de faire de l'alcoologie. Je reviens à ce que tu as fait dans ce congrès de psychiatres. Dans mon activité de médecin délégué de l'ANPA, il m'est arrivé de boire du vin ostensiblement, pour montrer que nous n'étions pas une association de tristes buveurs d'eau: me faire servir du vin alors que je n'en avais pas spécialement envie. Nous sommes dans l'image opposée, de tenants de la prohibition, une secte, image allègrement entretenue par les producteurs. Nous avons également à lutter contre ce type d'image.

Le cocon ? On nous le reproche peut-être un peu moins, j'en entends moins parler dans les réunions, peut-être depuis que les séjours se font un peu plus personnels. C'est vrai que, par l'espace que nous avons créé, nous tentons de lutter contre ces difficultés de l'hospitalisme, ce cocon, cette grande régression. Lorsque dans la salle se rencontrent le gars qui vient de rentrer à l'hôpital, celui qui est abstinent depuis 20 ans et celui qui est sorti la semaine dernière et qui a reconsumé de l'alcool, cela donne quelque chose d'intéressant. Les gens qui sont à l'hôpital, qui sont donc protégés, qui se sentent bien enfin, voient tout de suite les difficultés qui les attendent au dehors. Dans cette salle, ils voient le brouillard, la boue qui les attend dehors, les difficultés qu'ils vont devoir affronter. Même protégés, ils ont en permanence des échos de l'extérieur. Et ceux qui viennent de l'extérieur et qui vont bien, ont aussi la possibilité de regarder dans le rétroviseur pour voir ceux qui viennent d'entrer, qui sont hospitalisés et qui ne sont pas encore très brillants. Ils font la découverte du Moi - non Moi: Ce Moi alcoolique et qui ne boit plus, ce Moi qui a rechuté, celui qui a été hospitalisé il y a 20 ans. Il y a donc tout cet échange à partir de la rencontre fondamentale que certains font d'un alcoolique qui ne boit plus. Pour certains arrivants, c'est comme rencontrer un extra terrestre. Et c'est bien souvent être un extra terrestre que de ne pas consommer du Jurançon à Pau.

LES CONTRE ATTITUDES DES SOIGNANTS : ARTEFACT OU FIL D'ARIANE ?

Tout d'abord, je voudrais m'associer aux remerciements de Benoît Fleury vis-a-vis de l'équipe de Prévaille qui nous accueille aujourd'hui et saluer votre présence nombreuse, qui donne un avant-goût du succès de la journée. Je voudrais aussi présenter les excuses d'Henri GOMEZ qui devait nous rejoindre. Il n'a pu être des nôtres pour nous présenter la substance de son prochain ouvrage «Pas de pitié pour l'alcoolique». Cela ressemble à un titre de Série Noire. Son ouvrage sera public très prochainement.

Je vais aborder la question des contre-attitudes et ce, grâce au travail que nous avons mené avec Colette LORTET et Laurent SCHOULER dans notre réunion préparatoire et en particulier ce matin pendant le trajet en voiture.

Ce week-end, je relisais un article de CLAVREUL sur la parole de l'alcoolique et je me disais qu'il avait bien raison de s'interroger devant le malade alcoolique sur ce qui l'isole, et l'isole au point de rendre très difficile, il disait «impossible», la relation intersubjective. Lionel BÉNICHOU et Michel CRAPLET ont rappelé cette notion du lien, du lien thérapeutique.

Plantons le décor : nous voilà dans une pièce à trois personnages et un objet; l'objet, on le connaît, il est relativement fixe. Mais, concernant les trois personnages, c'est moins fixe : il y a le sujet addicté lui-même, son entourage – 'le familial' – et le thérapeute.

C'est là, dans la question des contre-attitudes, que se situe ce qui pourrait faire obstacle à une rencontre, prémices d'une histoire. De quoi ces patients nous parlent-ils ? Pourquoi nous consultent-ils ? Comment réagissons-nous à leur demande, et même à leur non-demande ? Pourquoi souffrons-nous de certains de ces patients ? Et pourquoi, même quand nous ne souffrons pas, éprouvons-nous le besoin de redonner de la signification, du sens à notre pratique, tant nous sentons, bien souvent, qu'il y a quelque chose d'inadéquat, peut-être d'inajusté avec eux ?

C'est en effet entre l'attente des patients et celle des soignants que se joue la qualité de la relation et la nature du soin. Michel CRAPLET a utilisé ce terme de labyrinthe qui convient tout à fait. Dans le labyrinthe de la relation de soin, les contre-sens et les non-sens viennent peut-être du décalage qu'il y a entre les attentes et représentations du soignant et les attentes et représentations du patient. On le sait bien : le système (question-réponse) est très réducteur. BALINT nous le disait: «Posez des questions, vous aurez des réponses, à peine plus». Et la formation 'BALINT' nous interroge sur ce que ce patient-là attend de ce soignant-là. Cette formation nous suggère que c'est le soignant qui est en quelque sorte le soin.

BALINT avait formulé l'expression *drogue-médecin*, transposable à tous les soignants : on pourrait parler de la pharmacologie du remède-soignant. La médecine objective avait en effet négligé le fait que le médicament le plus couramment utilisé par le malade est le médecin lui-même, le soignant lui-même. Reste, bien sûr, à en déterminer la posologie, c'est-à-dire la dose à laquelle le soignant doit se prescrire lui-même, avec tous les risques d'effets secondaires, en référence à la fonction apostolique, en référence à nos projections, nos certitudes, nos a-priori. Donc il s'agit en quelque sorte de se rendre le plus «consommable» possible, et d'écouter le patient pour ne pas le devancer.

Comme l'a écrit Francois BAUMANN, «Nous avons deux oreilles et une bouche, pour écouter deux fois et ne parler qu'une». Écouter et se taire peuvent permettre d'être entendu, d'autant que, comme l'écrivait BALINT, le malade se trouve souvent capable de comprendre nos explications, mais cela ne change pas pour autant son comportement. Au risque alors pour le soignant de constater de manière dépressive : «Vraiment, il n'y a rien à faire avec ce malade, il ne m'écoute pas». Écouter, c'est admettre une médecine à deux personnes. Oui, pour soigner, il faut être deux, le patient et le soignant, pour espérer une écoute réciproque, dans une atmosphère que BALINT appelait «la compagnie d'investissement mutuel» et que Jacques NORELL, plus modestement, avait défini comme «l'aveugle conduisant l'aveugle».

La dimension des contre-attitudes nous introduit d'emblée au royaume des limites. La métaphore qui m'est venue pour parler de ce lien, cette tentative de relation, est celle du pont. Pour faire un pont, il faut d'abord tenir compte des berges (Francois GONNET).

La berge du soigné est celle de celui qu'on appelle le sujet *addicté*, pour ne plus l'appeler *ivrogne*, pour ne plus l'appeler tout à fait *alcoolique*. On l'appelle aujourd'hui «malade alcoolique». Malade, il est, certes. C'est une maladie, il y a du «mal à dire» mais où commence le concept et où se termine-t-il ? Aujourd'hui, on dit *malade alcoolique dépendant* mais, si nous consommons de l'alcool, où la dépendance commence-t-elle ? Je reprendrai volontiers à mon compte la thèse d'Albert MEMMI qui dit que l'homme naît prématuré. Il reste en couveuse plusieurs années. Il lui faudra 15 à 20 ans, je dirais peut-être même plus aujourd'hui, pour acquérir un minimum d'autonomie, pour faire un chemin qui va le mener de la dépendance totale – c'est-à-dire à la mère, à son milieu originel – vers un état où il sera en principe capable de voler de ses propres ailes, état improprement qualifié d'état adulte. Or ce chemin est long et parsemé d'embûches. Toute évolution vers une moindre dépendance est une étape terrible car elle correspond à un deuil à faire: le deuil de la sécurité originelle, primordiale, qui constitue notre fondement. A chaque étape, cette dépendance originelle restera comme flottante, c'est-à-dire à la recherche d'un support nouveau qui, une fois trouvé, ramènera l'angoisse à un niveau tolérable mais au prix d'une dépendance partielle à ce nouveau support. Si bien que quand nous arrivons à l'âge «adulte», on peut dire que nous sommes tous addicts de toutes parts. C'est paradoxalement cette diversité addictive qui est à la base d'une acquisition qu'on appelle l'autonomie.

L'autre berge, celle du thérapeute, est tout aussi instable, elle est l'image quasi spéculaire de son objet. La question fondamentale que devra se poser tout thérapeute, tout soignant pour peu qu'authentique soit sa rencontre avec le sujet addicté, l'unique interrogation, est bien celle-là: « Où en suis-je, moi, de mon propre parcours addictif ? » Cette question devra être sans cesse reposée car il n'y a pas de frontière nette entre le buveur normal et le sujet addicté, mais tout un nuancier. Ce que le patient va nous donner, nous présenter, c'est son instabilité, qu'il va falloir accueillir, accepter ; il va falloir s'y ajuster. Car rien n'est véritablement fixe. Colette LORTET a cette belle formule : «*on accepte ainsi d'être la bouteille de l'autre, et la bouteille est différente à chaque fois*».

Pour reprendre la métaphore du pont, si quelque chose doit être solide, c'est le pilier. Plus exactement, l'échafaudage du pylone du pont qui permettra sa construction. Car si la métaphore devait nous amener du côté de la rigidité, de la fixité des choses, nous aurions de grandes chances de faire un plongeon dans le fleuve. La construction doit se faire à la fois dans la singularité et la liberté. Une difficulté de la rencontre entre médecin et patient alcoolisant est la question du temps. Le patient alcoolique, dépendant, n'a pas le même temps ni le même espace que nous. Il vit dans un temps circulaire, sans limite, non événementiel.

Comment nous rencontrer, lui dans son temps circulaire, non événementiel et répétitif, qui va du vide au remplissage et du remplissage au vide et nous, avec notre temps linéaire, temps de l'agenda, avec des rendez-vous, éventuellement des trous dans les rendez-vous, des trous dans les événements et surtout ce manque de temps ? Comment nous rencontrer, lui qui est prisonnier de l'alcool, avec à l'intérieur de cette prison, la prison de la dépendance, et nous, qui sommes aussi prisonniers, de notre temps, de notre agenda, prisonniers aussi de nos émotions ? Prisonniers aussi parfois d'un entourage qui nous presse et qui nous somme d'agir.

La question de la temporalité est, je crois, le fil conducteur de tout ce qu'on va dire, parce que c'est très important pour articuler offre et demande. Colette LORTET proposait une autre métaphore, tout aussi parlante, c'est celle du rond-point. Tout se passe en effet comme si les alcooliques ne savaient pas combien de fois ils allaient faire le tour du rond-point avant de sortir. Ils ne savent pas d'ailleurs non plus le temps qu'ils vont mettre. Du côté du soignant, c'est comme si nous savions où est la sortie et étions toujours désireux d'agir, d'intimer la direction à prendre. Alors que dans une première étape, un premier temps, il conviendrait simplement d'accueillir, de les accueillir tels qu'ils sont, sans temps et sans espace.

Il est vrai que l'alcoolique que l'on croise un jour, que l'on accueille parfois, surprend un peu, dérange souvent et embarrasse toujours. C'est-à-dire que ces patients ne sont pas au même point de la position relationnelle. Certains sont en position de 'touriste', d'autres en position de 'plaignant', d'autres vraiment en position de 'demandeur'. Le 'touriste' vient parce qu'on lui a demandé de venir; il vient mais il ne demande rien du tout. A la limite, il vient témoigner, c'est déjà pas mal. La position du 'plaignant' est celle qu'évoquait Lionel BÉNICHOU : «si je bois, c'est à cause de...». C'est le conjoint qui dit: «si ça ne va pas, c'est à cause de mon mari, ma femme, qui boit, etc...». Et la position 'demandeur' est bien sûr celle où déjà une pré-intention est acquise, au sens du modèle de PROCHASKA et DI CLÉMENTE. Effectivement, ce qui nous dérange chez ces patients, c'est que nous ne savons pas très bien ce qu'ils veulent, à moins que ce soient nous, interlocuteurs, qui n'arrivions pas toujours à bien déchiffrer une demande. Quand on ne comprend pas, on a toujours tendance à dire que c'est l'autre qui ne sait pas ce qu'il veut, que sa demande n'est pas claire.

On sait depuis longtemps que la demande de ceux qu'on nomme *malades alcooliques* vis-a-vis du sevrage et de son au-delà que constitue l'abstinence supporte une attitude que je dirai 'évitante', ambiguë, voire franchement ambivalente. Mais on a souligné à quel point, c'était parlant dans l'exemple de Lionel BÉNICHOU, combien la société balance entre une invitation à la consommation, dont elle tire de substantiels profits, et par moments la mise en oeuvre de répression, d'un interdit, quand cette consommation et ceux qui s'y livrent en viennent à constituer un danger de l'intérieur.

“On évoque aussi les attitudes partagées et versatiles des conjoints et de l'entourage socioprofessionnel; on dénonce ceux de nos collègues soignants qui se désintéressent, voire rejettent les buveurs en même temps qu'on a sollicité que d'autres prennent goût à leur fréquentation. Dans tous ces cas, on s'abstient de s'interroger sur ce qui motive non seulement ces attitudes, mais surtout leur renversement. Car longtemps, boire est une solution vitale mise en actes, et qui semble réussir, jusqu'à *l'échec du boire*. Quand le buveur ne peut plus méconnaître qu'il se tue à vivre ou quand la société découvre que son rêve d'harmonie sociale, voile la plus obscure aspiration à la mort, alors s'ouvre parfois le temps du sevrage et de l'abstinence. Mais ce temps de l'abstinence est toujours menacé. Il est toujours menacé d'être réduit à un pur acte de mépris dont l'enjeu serait précisément de court-circuiter la parole qui déflorerait cette question : *qui demande quoi à qui ?*” Alain Rigaud.

J'aime bien cette formule d'Edmond JABES qui dit: "le vide est toujours attente d'un vocable".

La problématique des alcooliques tels qu'ils sont, non comme on voudrait qu'ils soient et non comme on voudrait les voir, leurs résistances, leur système défensif, suscitent chez les soignants des mouvements émotionnels, affectifs, quand ce ne sont pas des mouvements véritablement passionnels. Ces contre-attitudes, je l'ai posé dans le titre, ne sont pas des artefacts dans un champ clinique qu'on voudrait aseptisé ; elles constituent véritablement le fil conducteur, le fil d'Ariane de toute la clinique. Il y a deux choses à prendre en considération.

Tout d'abord, il y a le phénomène clinique. C'est-à-dire ce qui se passe tout à fait réellement et qu'on identifie volontiers après coup. Par exemple, un soignant a une réaction à l'égard d'un patient. Que cette réaction soit fondée, non fondée, consciente, pas consciente... On peut dire que c'est ça la dimension phénoménologique du problème. Alors elle peut faire l'objet d'une perception, c'est-à-dire que quelqu'un va l'épingler comme une contre-attitude. Ça peut être le soignant lui-même, ou ses collègues, mais aussi, et pratiquement toujours, le patient, qui d'une certaine manière va le dénoncer, ou plus exactement le renvoyer d'une manière ou d'une autre. Le temps suivant, ce serait que le soignant reconnaisse quelle est la part non voulue, inconsciente dans sa réaction. Et c'est à partir de là que commence à se poser la question du contre-transfert, en tant que part inconsciente de la contre-attitude. Il faudrait bien sûr resituer cela dans le cadre théorique de la psychanalyse.

La notion de contre-transfert a été proposée la première fois par FERENCZI à FREUD. On sait que le transfert est un des outils majeurs de la psychanalyse : au cours des séances, le psychanalyste devient le support des projections inconscientes de l'analysant – la projection, c'est le fait d'attribuer à d'autres, sans le savoir, des sentiments, des affects que l'on a déjà éprouvés soi-même. En toute rigueur, on devrait réserver les termes de transfert et de contre-transfert à la cure analytique stricto sensu. Pour parler du contre-transfert, une citation du poète Andre BRETON me paraît idéale pour saisir ce moment-là, à savoir la position du thérapeute. Andre BRETON disait ceci :

« Il est venu me voir, je ne le connaissais pas ; il est venu pour me donner de mes nouvelles ». Les patients que vous ne connaissez pas, quand vous les rencontrez, vous les écoutez et vous leur donnez de leurs nouvelles, mais ils vous donnent aussi de vos nouvelles. Car quand ils s'épanchent, se confient, cela crée en vous des résonances qui vous donnent vraiment de vos nouvelles. Et vous vous apercevez que ce qu'il dit vous gêne, suscite en vous un malaise, du dégoût, ou au contraire vous attire, vous fascine. Pourquoi, sinon parce que cela fait résonner en vous un affect qu'il faudra élucider, travailler, penser ? A l'intérieur de la relation, de cette alliance si mystérieuse, si complexe entre deux psychismes, il est clair que les deux partenaires ne sont pas au même point. Ils ne sont pas au même point de la compréhension qu'ils ont d'eux-mêmes, de leurs projections. Le patient a toujours tendance à exprimer ce qu'il ressent, certes sur un mode projectif. En revanche, ce que je ressens risque d'être moins projeté et ce, grâce à ma propre expérience personnelle et aux bases théoriques que je me donne.

Il est clair, et je crois que tout le monde est d'accord ici avec cette idée, que les patients alcooliques réussissent en la matière des prodiges avec les soignants. Il existe une gamme infinie entre le rejet pur et simple du malade et un activisme qu'on pourrait dire « bénévolant ». Mon propos n'est pas de faire ici la liste exhaustive de ces contre-attitudes. Pour beaucoup d'entre elles, elles se constituent dès la première rencontre, dès le premier contact ; elles sont peut-être déjà en place en fonction de nos a priori, de nos représentations et peut-être de notre statut psychologique, ou psychopathologique, personnel.

Une des contre-attitudes à s'inscrire souvent dès les tout premiers moments lorsqu'on est amené à rencontrer le patient alcoolique, c'est l'empressement, le fait de vouloir aller trop vite, de vouloir «ficeler» quelque chose dans l'ordre d'un contrat trop rigide, dans lequel le thérapeute se trouve piégé lui-même. Un médecin qui veut soigner vite, avec empressement, c'est clair qu'il a fait son diagnostic, c'est clair qu'il a une conduite à tenir. Il s'inscrit à ce moment-là dans un modèle qu'on va dire médical, où le patient doit obéir à sa demande. On sait de plus en plus, avec les notions d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique, que c'est seulement quand le patient s'approprie le problème, et son désir à travers ça, qu'une solution peut se dégager.

Cela me fait penser à cette phrase de Jean MAISONDIEU: «L'alcoolique s'arrête de boire quand il l'a décidé». Une patiente de Colette LORTET lui confiait un jour : «Je me suis rendu compte pour la première fois que je me donnais le droit de transgresser ce que le médecin me donnait. Et si je le transgressais, c'est peut-être parce que je pouvais penser pour moi que certaines choses étaient bonnes». C'est extrêmement important qu'un patient puisse le dire. De même, l'important avec un patient n'est peut-être pas tant qu'il respecte absolument les règles d'un contrat, mais plutôt qu'il vienne nous dire pourquoi il a fait tout le contraire. Et cela, c'est tout à fait énorme dans le soin. Un contrat est un accord entre deux personnes or, dans un premier temps, il faut bien le reconnaître, on n'a en face de soi qu'une personne piégée, dont toute l'énergie vitale est en quelque sorte utilisée à montrer ce qu'elle n'est pas. Son espace n'est pas le nôtre et son temps non plus. Si contrat il doit y avoir, il devra être souple et, comme nous l'avons écrit, un contrat a durée déterminée.

Un autre piège est de se transformer en parent supplémentaire, du genre de ceux dont le sujet addicté possède déjà une constellation. Il faut dire qu'en jouant l'enfant qui promet que demain il ne recommencera plus, il a le don de satelliser autour de sa personne tous ceux, et ils sont légion, qui ont besoin de s'occuper de l'autre pour ne pas s'occuper de soi. D'emblée, ce dont je me méfie le plus dans ma pratique, c'est de mon désir que le sujet addicté arrête de boire de l'alcool. C'est ce dont je me méfie le plus, c'est un paradoxe, c'est en même temps ce dont on vit. Sous forme de boutade, je dirai que c'est ce qui a permis l'inauguration de ce bel établissement qui nous accueille aujourd'hui. C'est bien notre paradoxe intérieur.

Effectivement, les contre-attitudes sont curieusement «calquées» sur celles du patient, comme en miroir aux attitudes du patient.

Une des premières attitudes en miroir d'une contre-attitude, c'est celle du déni. Le déni est un comportement qui désarçonne tout particulièrement les professionnels de la santé, surtout lorsque ces derniers redoutent que le déni de la maladie conduise certains patients à négliger gravement les soins ou à prendre des risques manifestes pour leur santé. Il est alors fréquent qu'ils se mettent à leur faire peur «pour leur ouvrir les yeux». On sait bien que cette dramatisation rassure les médecins et les soignants bien plus qu'elle ne ramène à la raison les patients. Et bien souvent le déni se renforce à la mesure de l'angoisse de mort et de la hantise de la dégradation qui la sous-tend.

Quand on discute avec des collègues, on s'aperçoit aussi qu'une contre-attitude négative fréquente dans le champ de l'alcoolologie, est le mépris de la part du soignant. Comment d'ailleurs ce patient arrive-t-il à activer chez nous de telles questions : savoir si on va lui répondre comme à un homme ou une femme, une personne véritablement, ou si on va lui parler comme à un alcoolique, comme à un *alcoolo* ? Et parfois son discours provoque, pour voir s'il va réussir à susciter l'opprobre, le même opprobre dont il souffre par ailleurs.

Parfois aussi, et cela me paraît très important, le thérapeute se trouve dans l'incapacité de penser face à ce patient, incapacité d'élaborer, on pourrait dire de «psychiser» la situation. Il y a une sorte de pétrification, de minéralisation de la pensée, comme dirait Christophe DEJOURS. Les contre-attitudes déprimées face aux défenses que le patient met en place sont source d'une très grande dépense d'énergie inconsciente, bloquant tout le fonctionnement du thérapeute jusqu'à la survenue d'actes mal contrôlés, qui se veulent d'ailleurs thérapeutiques, du genre d'un «ya ka» opératoire, quand cela ne débouche pas sur de l'agressivité. Quand cela débouche sur de l'agressivité ou de l'abandon, c'est que quelque chose n'a pas été métabolisé, quelque chose n'a pas été travaillé à l'intérieur des représentations et du vécu du thérapeute. WINNICOTT nous enseigne que bien des contre-attitudes négatives dans le travail thérapeutique sont dues à l'angoisse et à la haine occultées par le thérapeute. Plus un soignant prête attention à ce qu'il ressent, plus il le travaille, mieux il sait et moins il laissera haine, mépris et crainte déterminer et ce qu'il fait et ce qu'il dit à ses patients.

Il ne faut pas voir non plus que le côté objectivement agressif des choses. L'agressivité peut prendre la forme de l'oblativité, la forme renversée en son contraire : attitudes surprotectrices, suggestions «vous devez faire ceci ou cela». On fait tout pour le patient pour qu'il soit un peu piégé dans une dynamique sartrienne, celle qui l'obligerait à rendre le bien en évoluant bien.

Une autre contre-attitude est la collusion. Collusion avec l'entourage, si chère à Michael BALINT, plus rarement collusion avec le sujet addicté.

On voit bien que des pièges relationnels nous sont présentés. On sait qu'en contrepoint de ces attitudes négatives, il y a des contre-attitudes que l'on pourrait qualifier de positives. Mais il y a des faux-positifs, comme dans les sciences. Par exemple, si cela va de l'attrance jusqu'à la consommation, du fait même de la déchéance du sujet ou de la gravité de la situation. François PERRIER, dont LACAN disait qu'il avait un nom qui donnait soif, écrivait: «ça dégoûte mais on l'aime quand même, malgré soi». Une contre-attitude positive a été énoncée ce matin par Michel CRAPLET : c'est la curiosité.

Si on veut essayer de comprendre un peu plus l'arrière-plan des contre-attitudes, il faut regarder l'arrière-plan psychopathologique. Je crois qu'en fonction de la psychopathologie, de la psychogenèse, les contre-attitudes déterminées ne sont pas les mêmes. Et pourtant, c'est le même alcool. Parmi les sujets dépendants, certains seraient plutôt du côté du pôle biologique, d'autres plutôt du côté du pôle psychique. Pardonnez-moi cette énumération, mais je crois que c'est important pour comprendre un peu plus loin les choses.

Prenons le groupe des plutôt dépendants physiques, du pôle de ce qu'on appelait autrefois l'alcoolisme chronique ; c'est l'alcool linéaire, pour être comme tout le monde. C'est une façon de dire ce que les personnes nous disent: «Je bois comme tout le monde et je m'arrête quand je veux». Ils ont d'ailleurs en partie raison : l'alcool est pour eux, et pendant des années, une façon de vivre comme tout le monde. On peut parler «d'alcool-béquille».

Béquille parce que la béquille-alcool leur permet de mener une vie comme tout le monde, dans cette période lune de miel jusqu'au moment où la tolérance s'effondre. L'alcool, c'est la potion magique pour se fondre avec les autres : alcool fusionnel, alcool-orale. Pour rester dans l'image de la béquille, c'est comme s'ils disaient: « Avec ça, je marche comme tout le monde. J'oublie que j'ai une béquille. » Et on le sait bien, à la fin, la béquille, la prothèse finissent par faire des cals au niveau des coudes et ça provoque des lésions.

D'autres se situent plus du côté de la dépendance psychique. C'est "l'alcool-médicament". Les personnes sont porteuses d'une souffrance psychique et l'alcool est là, non comme une béquille mais comme une auto-médication, pour leur enlever cette inhibition qui les empêche d'aller vers les autres. L'alcool n'est pas le problème : l'alcool est la solution qu'ils trouvent pour remédier à leur mal de vivre.

Et puis il y a cette troisième catégorie qui se situe du côté du plongeur, ce qu'Alain RIGAUD avait appelé «l'alcool-soupape», l'alcool-passage à l'acte, pour désigner un certain nombre d'alcoolisations épisodiques qui évoquent la vieille figure de la dipsomanie et qui fait penser à une pathologie psychiatrique durable.

On voit qu'il y a des parcours de vie différents, des trajectoires différentes, vis-à-vis de la souffrance qu'on peut repérer. Mais de façon générale, dès qu'il y a trouble-alcool, il y a du narcissisme sous-jacent parce que si on n'avait pas ce trouble narcissique, on pourrait s'en passer. Du moins l'alcool est peut-être une manière de faire avec ce trouble narcissique. C'est le «défaut fondamental» dont parle Michael BALINT. Ce défaut fondamental est à prendre ici comme une catégorie générique; il peut être différent à considérer dans l'alcoolisme-béquille et dans l'alcoolisme-médicament.

Dans l'alcoolisme-béquille, on est du côté des failles. L'alcool sert faire coller les morceaux d'un Moi qui n'a pas trouvé sa globalité, qui n'a pas trouvé sa globalisation au «stade du miroir», dans l'image de soi, et le sentiment d'identité qui va permettre de se tenir en lien avec les autres. C'est qu'il y a quelque chose qui n'est pas construit, on est de bric et de broc. Je dirais que ces gens sont dans des corps d'adultes, ont une apparence d'adulte, mais au niveau psychique, ils n'arrivent pas à trouver les articulations dans le monde et dans les rapports avec les autres. Du fait même de la position narcissique, l'alcoolique ne laisse aucune prise sur l'expression de sa souffrance, ou du moins peu, s'enfermant dans un discours logorrhéique qui ne nous dit rien ou pas grand-chose.

Dans l'alcool-automédication, il y a une certaine structuration névrotique, un certain degré de différenciation : «Il me manque quelque chose, je ne suis pas sûr de moi». Là, le complexe de castration a pu laisser non pas une castration symbolique, mais l'analogue d'une castration réelle puisque c'est une blessure réelle. Cela me fait penser à tous ces traumatismes, toutes ces vécus de maltraitance physique ou sexuelle, qui sont venus comme arracher des morceaux du Moi à l'instar d'un traumatisme physique qui aurait arraché une partie du corps. Les graves modifications de la personnalité qui en découlent trouvent un pseudo-équilibre dans l'automédication par l'alcool.

On voit à travers ces formes cliniques, que l'expérience ne permet d'ailleurs pas de séparer tout à fait, que l'alcool apparaît comme un agent double. Double non pas tant du fait de l'image d'Epinal qui voudrait que la vision soit double à un certain degré d'ivresse, effet double parce que l'alcool, ça lie et ça délie. On recherche de l'effet liant dans l'alcool-béquille et l'alcool-médicament et on recherche la dé-liaison dans l'alcool-soupape, alcool-passage à l'acte, là où l'alcool permet d'être hors des autres, hors du temps. Par exemple, si la structure est névrotique (sens freudien du mot), le symptôme s'organise sous la forme d'un compromis. L'alcool sera utilisé pour permettre ce compromis : «Je suis parti, mais je suis là». Dans les états-limite, par exemple, l'alcool n'est plus utilisé pour établir un compromis mais plutôt quelque chose de circulaire : "Je suis là / je ne suis pas là / je suis là / je ne suis pas là, et je manie l'interrupteur". L'alcool est utilisé pour symboliser, mais cela échappe au sujet parce que l'alcool, ça éclate tout. Un alcoolique me disait un jour : «On me voit toujours quand j'ai bu, on ne me voit jamais quand j'ai soif» qu'on pourrait traduire par : «On voit sur moi les conséquences de ma soif, mais on ne voit jamais cette aspiration en moi» – qui nous renseigne d'ailleurs aussi sur nos soifs à nous, soit dit en passant.

Ces situations cliniques, ces repérages ne sont peut-être pas étanches, évidemment, mais sont intéressants à voir dans la mesure où ça peut induire des contre-attitudes différentes et, encore une fois, c'est pourtant le même alcool. L'alcoolisme-béquille va plutôt susciter des contre-attitudes de type protection, un peu comme on le ferait avec des enfants : de la bienveillance. Ces attitudes risquent fort de se renverser si le patient n'en fait qu'à sa tête, comme le petit garçon qui se croit grand et qui se débrouille tout seul. Cela vient en quelque sorte activer chez le soignant le côté «bonne maman» et, du coup, le côté «maman blessée» quand le patient n'en fait qu'à sa tête. Dans la situation de l'automédication, on peut dire qu'il y a des gens qui prennent des médicaments de façon phobique et d'autre de façon hystérique. La phobie, rappelons-le, est comme la tentative de résolution d'un conflit lui-même non résolu. Cette dimension phobique génère le plus souvent chez le soignant une irritation, un énervement face au discours monotone que le patient tient sur l'alcool. Dans l'hystérie, tout se joue dans la séduction. Le soignant se tromperait, et justement se séduirait lui-même, s'il imaginait pouvoir échapper à tout moment à toutes les situations de séduction.

On le voit, si l'alcool est un agent double, encore et à un autre titre, c'est dans le sens où à chaque fois, l'alcool semble comme dédoubler un symptôme. Dans la situation de l'alcool-médicament, l'aspect névrotique va mobiliser dans la tête du soignant alcoologue la représentation: «C'est psy, c'est névrotique», ce qui risque de mobiliser quelque chose comme: «Il faut écouter, il faut être attentif, il faut être compréhensif, il faut être dans la collusion, il faut accueillir les problèmes». Bref, on risque d'aboutir à une sorte de blablabla, de pseudo-compréhension, du moins rien qui soit efficace, ou je pense que ces patients névrotiques, bien sûr, bénéficieront de l'écoute mais seulement si déjà un travail d'alcoologie a été fait préalablement.

Je ne saurais manquer d'insister sur toute l'ambivalence de nos contre-attitudes, dès lors que nous-mêmes sommes plus ou moins clives dans nos têtes, dans notre propre système défensif. A propos des notions de position médicale et de position psychothérapeutique, je crois que l'alcool nous ramène vraiment à la dimension de «médecine de la personne», à l'approche globale, l'approche psychosomatique au sens noble du mot. Si je suis médecin alcoologue, que penser, par exemple, quand un patient arrive et dit: «Mon psychiatre dit que l'alcool, il faut voir ça avec vous». A l'inverse, que penser quand nous, alcoologues, disons : « Pour votre dépression, vous pouvez rester avec votre psychiatre ». C'est aller dans le sens de cette «schizophrénie» universitaire et académique qui produit ce collage un peu surréaliste d'un homme qui aurait un corps flanqué d'un psychisme. L'alcool nous ramène là, à ce point très précis d'une approche globale, psychosomatique. Si la rencontre entre soignant et buveur ne s'est pas fermée sur un non-lieu, elle démarre toujours sur un malentendu. Il faut bien l'accepter, elle peut être le lieu et l'occasion d'un travail fécond : bien sûr, il faudra parler du *boire* et du *ne plus boire* mais s'agit-il que de cela ? Cela dépendra beaucoup des qualités de mentalisation, de la position subjective du patient, mais cela dépendra aussi beaucoup, je crois, des représentations que le médecin adopte à ce moment-là.

On le sait bien, le sujet ne devient alcoolique que lorsque que quelqu'un a prononcé pour lui cette affirmation: «Vous êtes alcoolique». Cela montre aussi pour le soignant la difficile nécessité de tenir cette place de révélateur. Et ce n'est pas à attendre comme un don du ciel, une sorte d'alchimie mystérieuse entre deux psychismes, cela va plutôt planter ses origines en termes de heurts, de chocs. Il va falloir parfois même savoir les susciter, sûrement savoir ne pas les esquiver et espérer que l'alcoolique en errance dans son univers liquide y trouve un point de butée, si ce n'est un point d'ancrage.

Quelles que soient les contingences de chaque rencontre, le soignant et le patient attendent chacun de l'autre, consciemment ou non, toute une série de comportements et de qualités de réponses, largement déterminés par leurs représentations sociales, mais aussi par les expériences individuelles de souffrance, d'aide interpersonnelle et d'échange de services. Il y a donc une nécessité pour nous, soignants, de nous interroger sur les pré-supposés que nous pouvons avoir vis-à-vis de la maladie alcoolique. Cela suppose un travail clinique et théorique constant. Il n'en restera pas moins que le soignant sera sans cesse confronté aux surprises de ses propres mouvements intérieurs, de ses propres réactions et à la singularité, comme inédite, de chaque personne. Car le but du travail est de permettre au patient d'arriver à contenir lui-même sa pathologie, d'en assurer la sujétion, comme le disait Lionel BÉNICHOU l'an dernier à Gradignan, de devenir lui-même soignant. Ce qui veut dire que nous, thérapeutes, nous sommes des aide-soignants. Le thérapeute constitue en quelque sorte un contenant provisoire. Il ouvre ainsi un espace potentiel dans lequel le patient va pouvoir se penser, se panser, se recréer pour établir de soi à soi une relation véridique. Il faut que nous acceptions, comme le propose François GONNET, « *d'être dans un premier temps pour le malade son objet d'addiction, sans en avoir peur ni en tirer profit* ». Nous n'avons pas ici la prétention de fournir une référence ou un quelconque modèle : à chacun sa personnalité, ses capacités, son style. Il nous a semblé que chacun ici avait déjà des expériences et nous avons tous à gagner à nous risquer à échanger et à en parler.

Le préalable au soin, et surtout à la disponibilité et à la permanence de l'offre de soin, c'est bien la nécessité de repérer et d'élaborer nos contre-attitudes afin d'éviter deux écueils.

Le premier écueil, c'est l'abandon des patients, car on sait qu'on peut se débarrasser des alcooliques avec les meilleures intentions du monde. Le deuxième écueil, c'est l'activisme thérapeutique aveugle et sans limite, car cet agir serait alors comme un non-dit empêchant toute psychisation, toute élaboration, lieu où justement l'alcoolique nous donne rendez-vous; c'est toujours agir pour le patient... mais sans lui ! - tant il est vrai que nous sommes davantage habitués dans notre formation au faire et au faire faire plutôt qu'à l'écoute de nos peurs, nos doutes, nos sentiments d'inconfort, d'insécurité, de mal-être ou d'attirance.

Les destins de chaque labyrinthe relationnel sont si individuels qu'ils m'interdisent de conclure, mais au moins rappelons-nous que le charme d'un labyrinthe, c'est d'abord d'avoir une issue. Je citerai pour finir Milton ERICKSON : "Trop de thérapeutes vous invitent à dîner et vous disent ensuite ce qu'il faut commander. J'invite un patient à un dîner psychothérapeutique et je lui dis: vous commandez ce que vous voulez".

Bon appetit.

ATELIER 1

LES CONTRE-ATTITUDES SOIGNANTES «GUÉRIS ! : JE LE VEUX>>

Animateurs :

Colette LORTET, Laurent SCHOULER, Gérard OSTERMANN, Pierre-Marie LINCENEAU

Il s'agit de jeux de rôles : la première rencontre entre un patient et un médecin qu'il est venu voir dans une consultation d'alcoologie.

Les animateurs interprètent les patients. Dans le public, des volontaires se présentent pour recevoir ces patients. Pour chaque "première consultation", le minimum d'information est donné sur le patient (sexe, age).

Après la scène, le travail des participants et des animateurs consiste à exprimer les sentiments et les émotions qui ont été vécus, à mettre des mots sur la gestuelle et les mimiques observées, afin de mettre à jour les contre-attitudes du soignant

ATELIER 3

L'OFFRE : « INSTITUTION, RÉSEAU, DISPOSITIF AMBULATOIRE : CHÂTEAU FORT, CHÂTEAU DE CARTES OU CHÂTEAU EN ESPAGNE ? »

Animateurs :

Paul BONNAN, Christophe LAGABRIELLE

ATELIER 2

LA DEMANDE : « QUI DEMANDE QUOI, A QUI, ET POURQUOI... ? »

Animateurs:

Jean-Francois LAIREZ, Jean-Jacques PINOTEAU, Pierre MOULINET, Marc AURIACOMBE.

ATELIER 2

LA DEMANDE : « QUI DEMANDE QUOI, A QUI, ET POURQUOI... ? »

Animateurs:

Jean-Francois LAIREZ, Jean-Jacques PINOTEAU, Pierre MOULINET, Marc AURIACOMBE.

Jean-Francois LAIREZ.

Je n'ai pas choisi le libellé du sujet d'aujourd'hui, mais je suis d'accord sur le fond. Pour moi, "L'offre et la demande" et "Qui demande quoi à qui ? ", cela avait à voir avec la motivation du patient dans la demande de soin. J'ai préparé quelque chose sur l'entretien et les différents stades de motivation du patient, que certains d'entre vous ont déjà travaillé, selon le schéma de PROCHASKA et DI CLÉMENTE. En 1992, PROCHASKA a élaboré un modèle dit trans-théorique du changement, qui scinde différentes étapes dans un processus de maturation.

Ceci est un atelier, et non pas une table ronde. Dans un atelier, j'arrive avec quelque chose de préparé et vous travaillez, vous réagissez à partir de cela. Ce n'est pas un simple débat, informel, non directif.

LA MOTIVATION.

Cela peut évoquer le désir, l'engagement, un objectif. Une définition peut être : « probabilité qu'un individu adhère, s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement. » On a intérêt à évaluer la motivation d'un patient, parce que l'implication d'un malade est variable, quelle que soit la demande initiale. Une analyse plus fine de la demande initiale du patient permet d'adapter le plan de soins à son stade de motivation et de proposer une aide plus pertinente, plus efficace.

Je propose de travailler autour de six cas cliniques. Ils sont un peu atypiques en ce sens que ce sont des patientes qui, toutes, ont été hospitalisées à Préville. Chaque cas illustre un stade de la motivation, alors qu'on pourrait croire que des patients hospitalisés se trouvent à un stade avancé de motivation. On peut discuter, ne pas forcément être tous d'accord sur ces cas.

LE MODÈLE DE PROCHASKA

Il s'applique à toutes les conduites addictives, pas seulement à la dépendance à l'alcool, et finalement à tous les processus de changement. Il a plusieurs étapes.

La phase de *pré-contemplation*.

La perception qu'a le sujet, est « il n'y a pas de problème ». La demande est alors extérieure au patient. Elle vient de la famille, du milieu professionnel, de la justice, toutes sortes d'instances. Le désir du sujet est de faire cesser la pression extérieure. "Tout va bien avec l'alcool - Je bois comme tout le monde. Et vous, docteur, vous ne buvez pas ?" On imagine bien qu'à ce stade-là, les personnes ne se soignent pas, on ne les voit pas ou, si on les voit, c'est sur injonction thérapeutique, soit de la justice, soit de l'entourage.

Stade de contemplation.

Là, on entre véritablement dans le cycle de Prochaska. C'est la contemplation du problème. "J'ai un problème avec l'alcool mais, si je bois, c'est dû à plein de causes extérieures, à un environnement qui n'est pas clément à mon égard, agressif, hostile. J'ai des problèmes".

"Si je bois, c'est de la faute de ma femme, de mon mari..." On reconnaît bien certains de nos patients... Il n'y a pas de désir de s'engager dans une action personnelle de changement. Le changement personnel en tant que tel n'est pas vraiment envisagé ; c'est l'environnement qui doit changer. Ce stade, on le sait, peut durer très longtemps. On peut parler d'ambivalence, de rationalisation secondaire, primaire même, rationalisation tout court. « Si je bois, ce n'est pas de ma faute, je n'y peux rien. » Parfois quand même, on entend « Docteur, faites quelque chose pour moi, soignez-moi. Arrangez-vous pour que ça aille mieux ». C'est une attitude sans véritable implication.

Stade de décision ou de détermination.

Le sujet se dit "J'ai un problème, c'est vraiment l'alcool, et un changement personnel doit intervenir, notamment dans ma conduite à l'égard de l'alcool". Parfois le sujet ne sait pas comment faire, parfois quand même il a une petite idée de ce qu'il doit faire. Il y a une perception du problème, un désir de changement. La question est quand ? Quand ce désir va-t-il se manifester réellement dans les faits ? Il y a une intention claire, déterminée, de s'engager dans un changement personnel. « J'en ai assez de boire, je veux m'arrêter mais ce n'est pas tout à fait le moment, plus tard. Je m'arrêterai demain ». Ce stade aussi, stade des intentions, peut durer longtemps.

Stade de faction.

Pour le sujet, arrêter de boire est l'étape préliminaire, certains disent l'objectif, mais ce n'est qu'une étape préliminaire et prioritaire. On peut discuter le terme de « désir », il faudrait en trouver un autre. Disons qu'il y a un désir de vivre sans alcool. Il y a une réalité que le sujet envisage de vivre sans alcool, la volonté de changer de vie. « J'en ai assez de boire et je suis prêt à faire ce qu'il faut, je me donne les moyens pour changer de vie ». Souvent, à ce stade-là, on voit des patients consulter, peut-être seuls, et venir dire « Je suis alcoolique » ; ils vont demander une cure ambulatoire, un sevrage, une aide médicamenteuse et autre, ou bien une hospitalisation.

Stade du maintien.

Pour s'arrêter de boire, comme pour le tabac, le tout est de maintenir le comportement, le changement intervenu lors de l'action. Cela se fait après un certain temps. Des difficultés peuvent subsister, notamment les co-morbidités qui sont la règle dans le cas de l'alcoolisme : co-morbidités psychiatriques, souvent des troubles anxieux, des troubles dépressifs qui sont souvent secondaires. Parfois le sujet s'arrête de boire et présente des troubles en rapport avec une phobie sociale, des problèmes de structure de personnalité anxieuse évitante, des difficultés dans l'expression des émotions, des sentiments, des désirs. Le sujet perçoit les avantages de l'abstinence, mais il perçoit aussi qu'il y a des difficultés, des situations à risque qui persistent. « J'ai arrêté de boire mais j'ai encore besoin d'aide ».

Stade de la sortie du cycle.

C'est le moment où le patient a une vie "hors alcool". Il faut bien nommer les choses. On peut épiloguer sur la notion de sortie du cycle. A partir de quand est-on sorti du cycle ? Est-on est jamais sorti d'un cycle ? Il y a des gens qui vont bien, quand même, après leur traitement.

La rechute.

Le sujet peut soit sortir du cycle, soit rechuter. Moi, j'accepte le terme de rechute, que je ne confonds pas avec ré-alcoolisation. Toute ré-alcoolisation n'est pas une rechute, mais toute rechute a été précédée par une au minimum, voire deux ré-alcoolisations. Par rechute j'entends reprise du processus de dépendance et des problèmes antérieurs à la démarche de soin.

La perception est un renforcement de la croyance en l'inéluctabilité de la rechute, un sentiment d'impuissance, de non-maîtrise de sa propre vie, les sentiments de honte et de culpabilité, la perte de contrôle de son propre destin. Il y a un effet *violation du serment d'abstinence*. Un certain nombre d'alcooliques s'engagent dans une démarche de soin et font un serment à eux-mêmes, parfois à l'entourage, le serment de rester abstinents. Je les crois sincères dans leur démarche; ils décident sincèrement de rester abstinents. Certains trébuchent, rechutent et alors c'est «J'ai rebu, à quoi bon lutter maintenant; c'est l'échec total; c'est foutu, autant continuer à boire» et on sait bien aussi que la culpabilité est soluble dans l'alcool.

Discussion.

Le modèle de Prochaska s'applique aux patients dépendants (au tabac comme à l'alcool) et, je pense, à toute démarche de changement. Dans l'introduction, j'ai parlé d'un changement spécifique. Mais il s'applique à toutes les dépendances et même à d'autres changements dans la vie. En France, il a d'abord été utilisé pour la dépendance au tabac

Au stade de *sortie*, on pourrait considérer que le sujet ne sort pas du cycle, mais reste au stade du *maintien* de l'abstinence. Mais les facteurs qui font entrer dans l'action, qui font qu'un sujet se soigne, n'ont souvent plus rien à voir avec les facteurs qui font qu'un sujet se maintient, notamment au bout de trois ou quatre ans. Il y a des facteurs de renforcement des conduites (terme un peu barbare pour certains). C'est tout le problème : mettre en place des facteurs de renforcement. Ce n'est plus la cure qui fait qu'un sujet se maintient abstiné. La cure s'éloigne, ce n'est plus ça qui détermine le comportement. Ce sont d'autres facteurs, ceux aussi qui peuvent déterminer la rechute. Il faut voir les choses de façon dynamique (non pas psycho-dynamique). Ce n'est pas figé dans le temps, c'est un processus, et notamment la motivation.

EXPOSÉS DE CAS CLINIQUES.

Madeleine.

69 ans, sans profession, Alsacienne catholique d'origine germanophone, veuve depuis 6 ans. Elle n'a pas fait le deuil de son mari, exprime encore beaucoup de sentiments évoquant révolte et désespoir. Elle vit seule chez elle. Elle a quatre enfants, trois fils et une fille, qui habitent tous en Alsace ; elle est plusieurs fois grand-mère. Sa fille lui rend visite tous les jours.

Du vivant de son mari, Madeleine participait aux activités associatives de ce dernier et buvait volontiers dans un contexte gastronomique et convivial, sans problème particulier. Il n'y a pas d'antécédent familial connu d'alcoolisme. Elle a déjà vu quelques médecins mais la demande d'hospitalisation à Prévillle est sa première démarche thérapeutique soutenue.

A Prévillle, elle se présente comme une vieille dame charmante, souriante, très respectueuse des règles de fonctionnement de l'institution. Elle me dit qu'elle est venue pour se reposer, qu'après la mort de son mari, elle buvait certes un peu le soir, de façon solitaire, mais qu'elle n'a pas de problème avec l'alcool. Quand je lui demande les raisons qui l'ont conduite chez nous, si loin de chez elle, elle me répond ingénument qu'elle est venue pour faire plaisir à ses enfants. Elle me dit que, si problème d'alcool il y a eu, il n'a jamais été bien important et qu'en tout état de cause, ce problème est désormais réglé. « J'aime bien le Crémant d'Alsace. Vous connaissez ? C'est très bon. Et c'est moins cher que le Champagne. Je buvais aussi un peu de vin à table » Elle exprime néanmoins son intention de rester abstinente pour rassurer ses enfants, sauf lorsqu'elle sera invitée chez des amis, lors des fêtes familiales et autres circonstances, et aussi à table. Ces perspectives au retour et son objectif? « Faire le repassage et de la pâtisserie pour dix personnes, boire de façon modérée et contrôlée. »

La motivation.

Oui, Madeleine est motivée.. Elle est à un stade de motivation. La motivation, ce n'est pas « on l'a ou on ne l'a pas ». On peut considérer que chacun a une motivation, mais à un certain niveau. La motivation est un processus de maturation, avec ses stades d'évolution.

- motivée, mais pas pour elle

- elle ne s'estime pas malade. A Prévillle, elle n'a pas posé de problèmes. Elle est repartie contente, très satisfaite du séjour. Elle a offert des fleurs aux secrétaires; elle a fait acheter à ses enfants un kouglof, c'était sympa. Elle s'est bien reposée. On ne l'a pas trop embêtée. Elle n'est pas si indifférente que ça, elle a entendu des choses... elle a vaguement parlé de l'alcool, c'était en pointillés. Elle minimisait vraiment, banalisait beaucoup; de toute façon, pour elle, c'était réglé.

- sa structure de personnalité ? Ce matin, je me suis senti un peu en décalage. On est d'accord sur le fond. Ma formation est franchement comportementale, je ne me reconnais pas dans la psychanalyse, dans le discours psychanalytique. J'ai du mal à entrer dans la notion de structure de personnalité, je ne sais pas trop vraiment ce que cela veut dire. Madeleine est une personnalité peut-être un peu dépendante, mais elle n'a pas présenté de trouble de la personnalité. Tout au plus avait-elle des traits de personnalité dépendante. Pas du tout non plus évitante ; socialement, elle s'est parfaitement intégrée ici. Autrefois elle avait un réseau relationnel assez dense. Par son mari. C'est vrai, son veuvage a constitué une rupture, elle voit actuellement beaucoup moins de monde. Je n'ai pas trouvé qu'elle avait une personnalité pathologique. Alors, évidemment, très lisse.

Madeleine se trouve au stade de *pré-contemplation*. Elle est motivée pour faire plaisir à ses enfants comme, d'ailleurs, à tout le monde. Elle ne veut pas d'histoires. On peut dire aussi *déni* pour *pré-contemplation*. Plutôt, le déni est un des aspects de la pré-contemplation.

La marche à suivre.

Écouter, oui, absolument, c'est important. Savoir ce qu'elle désire, elle.

Lui dire ce qu'on pense, oui, si elle demande « Qu'est-ce que vous pensez de mon cas ? » Mais ce n'est pas obligatoire, je ne pense pas que ce soit indispensable. Peut-être pas bille en tête. Parce que, là, on serait dans la confrontation.

Donner une information sur l'alcool, ses dangers, l'alcool-dépendance. En règle générale, on a intérêt à susciter la réflexion chez le patient, plutôt que de lui imposer sa méthode socratique. A tous les stades, le patient doit arriver lui-même à ses conclusions propres, et c'est souvent possible. Susciter la réflexion, c'est faire naître le doute. « Vous êtes sûr à combien ? - Est-ce qu'il y a d'autres problèmes ? » On analyse la situation actuelle, les autres problèmes, on reste ouvert.

Et surtout, c'est là qu'on a peut-être intérêt à voir la famille, l'entourage, et à apporter un soutien à l'entourage. D'où l'intérêt aussi des groupes type Al-Anon. Faire comprendre à la famille qu'on la comprend et l'aider, finalement, à faire cesser la pression extérieure ; on remarque souvent qu'à ce moment le patient s'engage dans une démarche véritable de soins. Souvent, c'est un couple qui consulte. Ou la famille a pris rendez-vous et accompagne. Vous imaginez bien que pour cette dame d'Alsace, on n'a pas vu la famille. Mais, pour les gens de la région, on reçoit la famille. Et même, on organise, le dernier samedi de chaque mois, une réunion à l'intention des familles. On donne une lettre au patient et il peut l'envoyer à sa famille. On propose aux proches – pas seulement les familles, il y a des gens qui s'intéressent de très près aux patients – de venir à cette réunion du samedi après-midi. C'est en gros une réunion d'information où nous expliquons un peu notre position, comment nous percevons la maladie alcoolique, ce que nous entendons par maladie. On écoute aussi beaucoup, on répond aux questions. Depuis quelques années maintenant, viennent aux réunions, de façon régulière, un ou deux représentants des Al-Anons, voire trois parfois. Quand j'anime cette réunion, je leur donne, bien sûr, la parole ; et je m'en vais. Les représentants des Al-Anons présentent plus précisément leur mouvement, discutent, échangent avec les entourages. Pour les familles au loin, on peut être amené à faire des consultations par téléphone.

Cécile.

63 ans, secrétaire universitaire, retraitée depuis un an, veuve depuis six mois. Décès brutal de son mari par embolie pulmonaire. Un fils, 36 ans, marié, informaticien au Québec, très présent malgré tout, attentif et compréhensif: il aime sa mère, ne la juge pas et essaie de l'aider. Il m'a envoyé un e-mail de trois pages et je l'ai eu au téléphone, plusieurs fois.

Du vivant de son mari, Cécile buvait surtout du vin, en cachette de ce dernier qui, bien sûr, lui faisait la guerre. Cécile n'a jamais pris contact avec un quelconque groupe d'entraide d'anciens buveurs; c'est sa première démarche thérapeutique.

Elle se présente comme une femme au départ assez réservée mais capable de se détendre et de s'ouvrir peu à peu. Elle exprime des sentiments de honte surtout. Elle est consciente de son problème, se dit sincèrement décidée à faire quelque chose pour le régler.

Cependant, elle n'imagine pas sa vie sans alcool et envisage assez clairement, après une période probatoire de durée non précisée, une reprise modérée et auto-contrôlée de sa consommation d'alcool. C'est apparu dans les groupes de parole et, à la fin, elle le disait assez clairement. C'était au départ. Elle a évolué en cours de route.

Stade de motivation.

Stade de contemplation. Mais, ne l'oublions pas, elle est venue aussi pour faire plaisir à son fils (*stade de pré-contemplation*). Elle reconnaît quand même qu'il y a un problème. Mais, bon, c'est le veuvage, elle peut contrôler, elle n'est pas vraiment alcoolique, elle est surtout déprimée, etc. Il y a quand même une *intention*: elle est ressortie moins sûre d'elle concernant la reprise d'une consommation contrôlée.

La marche à suivre. (On travaille toujours dans le sens d'un renforcement de la motivation ; l'objectif est d'amener le patient à changer.)

Donner des explications, de l'information sur la dépendance. Faire dire comment elle perçoit le problème, se faire une idée de sa perception. Déculpabiliser. Il n'est pas prouvé qu'il faille complètement déculpabiliser et, de toute façon, ce n'est peut-être pas réaliste.. Mais on peut, dans ce sens, donner de l'information, expliquer l'aspect maladie, médicaliser la chose, peut être expliquer que le patient s'est fait piéger, que finalement il n'a pas choisi de devenir dépendant, que d'autres sont dans ce cas.

Finalement, il s'agit de donner à réfléchir. Pour aider la perception du problème, on peut :

- comparer la situation actuelle avec la situation antérieure
- comparer la situation actuelle avec les aspirations du patient. « Est-ce que vous atteignez vos objectifs ? Est-ce que vous êtes en accord avec vos aspirations personnelles ? »
- inciter le patient à faire une prévision (se projeter un peu dans l'avenir), à court terme et à long terme, sans changement personnel et avec changement personnel.
- travailler ce qu'on appelle *la balance décisionnelle*. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce qui s'est dit ce matin. Je pense que, pour tous, l'alcool est une solution ; cela apporte des bénéfices. Parfois les patients disent « l'alcool, c'est que du mauvais, ça ne m'a apporté que des ennuis ». Non. Il y a des bénéfices à boire, sinon les sujets ne boiraient pas. Bénéfices à court terme, à très court terme. Plus le sujet est dépendant, plus les bénéfices sont à court terme. Pendant des années, le patient vit une sorte de lune de miel avec l'alcool, il n'y a que des bénéfices. D'ailleurs c'est ce qui se passe avec nous: nous n'avons pratiquement que des bénéfices à boire. Et n'oublions pas que l'alcool est un anxiolytique majeur. Soporifique, anesthésiant, désinhibiteur, et surtout anxiolytique. L'alcool apporte des bénéfices et il est important d'en parler en premier. Cela, aussi, peut aider à déculpabiliser. A la Javel ou au vinaigre, il n'y a pas de dépendance, ou en tout cas, ce n'est pas le produit de la dépendance initiale. Puis on peut travailler sur les inconvénients à arrêter de boire; ça recoupe un peu les bénéfices. Quelles seront les conséquences négatives ? Que redoute le patient? Qu'est-ce qui lui fait peur ? Puis, les inconvénients à boire, la cirrhose, le foie, la santé... C'est un travail du sujet sur lui-même, sur la perception qu'il a de sa consommation. Et on finit par le positif: les bénéfices à arrêter de boire. On espère bien sur que la balance penchera vers les bénéfices à arrêter de boire / inconvénients à boire, ce qui permettra au sujet de s'engager dans l'action.

Cette démarche semble « tourner autour du pot » : ce qui est intéressant, c'est qu'elle crée un doute, entraîne le patient dans une réflexion sur lui-même. Créer le doute : on est toujours dans l'approche socratique de la recherche de vérité. Trop de doute crée l'angoisse ? Là, on part de la certitude du déni : le sujet pense que ses problèmes ne sont pas vraiment dûs à l'alcool mais à des causes extérieures. Après la mise en doute, on propose l'action : il y a des choses à faire pour résoudre le problème dont le sujet a pris conscience. Ce qui crée l'angoisse n'est pas tant de voir un problème que de ne pas lui voir de solutions. Avant l'action, il y a une étape intermédiaire qui est celle de la détermination, de la décision. De la volonté (le fait de vouloir). C'est un mot pour désigner des choses un peu complexes, une construction de l'esprit. Mais quand on dit « je veux », on sait ce qu'on dit. Moi, je demande au patient « Que voulez-vous ? ». J'emploie ce mot dans son sens banal, ce n'est pas ici un terme de psychologie.

Aline.

Habitante du Sud-Ouest, 24 ans, en thèse de gestion, quelques emplois intérimaires, actuellement sans emploi. Père mort il y a quatre ans. Pas d'antécédent familial d'alcoolisme, pas de consommation de drogues illégales, dépendance au tabac. Concubinage pendant quatre mois, à Paris, avec un homme de 30 ans, qui vient de la quitter en invoquant son alcoolisme.

Aline s'alcoolise sur un mode paroxystique, avec perte rapide du contrôle et ivresse finale. Ces derniers temps, les alcoolisations étaient quotidiennes et ont abouti il y a six mois à une HDT à Pau pendant un mois et demi. Deux crises d'épilepsie dans l'année écoulée. À la première consultation, Aline est accompagnée par sa mère chez qui elle est revenue habiter. Aline dit avoir un problème avec l'alcool et demande à être hospitalisée à Prévilles.

À Prévilles, le sevrage se fait sans incidents. Aline se présente comme une personnalité anxieuse et évitante (au sens de la CIM 10), avec d'importantes difficultés dans l'expression de ses affects et désirs. Elle s'adapte peu à peu à la vie collective de l'établissement et paraît se détendre. Il s'avère très vite qu'Aline n'a pas fait le deuil de sa relation amoureuse : elle est dans le déni, le marchandage (il y a aussi des stades dans le processus de deuil), relance son ex-ami au téléphone plusieurs fois, parfois plusieurs fois par jour. Elle finit par pleurer quand elle évoque la rupture alors qu'avant, elle avait un aspect très fermé, un faciès figé.

Concernant l'alcool, elle en souligne surtout les effets psycho-actifs bénéfiques, vertus anxiolytiques, amnésiantes et soporifiques. Peu, voire pas du tout, de sentiments exprimés de honte. Elle laisse clairement entendre qu'elle boit uniquement en réaction à ses difficultés existentielles, chômage, rupture amoureuse, relations conflictuelles, avec sa mère surtout, etc. Pour elle, l'alcool n'est pas vraiment son problème ; ce n'est qu'un épiphénomène. Si elle boit, à l'entendre, c'est très clairement à cause de son entourage qui ne la comprend pas et, d'une manière générale, à cause des facteurs de stress qu'elle doit affronter. Aline prétend qu'elle sera capable de contrôler sa consommation d'alcool quand ses conditions de vie seront plus clémentes. Elle n'attribue pas ses difficultés actuelles à l'alcool.

Stade de motivation.

Stade de *contemplation*. Elle ne peut pas nier ses ivresses: elle est vraiment défoncée, je l'ai vue une fois alors qu'elle s'était ré-alcoolisée chez nous; quoiqu'à un moment, elle disait qu'elle n'avait pas bu alors qu'elle avait un éthylotest archi positif.

Elle n'est pas complètement dans le déni: elle a dit à un moment qu'elle avait un problème avec l'alcool. Il y a une *intention* aussi parfois mais elle n'est jamais vraiment entrée dans une démarche personnelle de changement: c'est la faute des autres, toujours. Il y a un problème de personnalité, anxieuse évitante.

La marche à suivre.

Lui donner l'occasion d'expérimenter le « sans alcool»? C'est l'argument des hospitalisations contraintes. N'oublions pas que l'alcool est un produit psycho-actif qui modifie complètement les perceptions du sujet. Quand le sujet n'est plus sous l'emprise du produit, il peut voir les choses différemment. C'est là-dessus que l'on compte. Ce n'est pas la démarche idéale au départ; mais parfois il y a des réalités qui obligent à ça. Ceux qui travaillent en hôpital psychiatrique sont bien obligés de recevoir les gens en HDT, ou même en HO. Pour la petite histoire, j'ai vu des gens arriver chez nous apparemment très, très abîmés par l'alcool et on se disait que, sur le plan cognitif, c'était vraiment ralenti, avec une espèce de passivité. Parfois les gens restent: on les garde 4 à 6 semaines. On ne fait rien de spécial: ils mangent bien, ils boivent bien, on leur donne un peu de vitamines, pas trop de médicaments psycho-actifs et, finalement, ils se refont une santé. Ils se reposent en quelque sorte. C'est bénéfique parce que les neurones se remettent à fonctionner mieux et les patients entendent des choses.

Il y aura peut-être l'émergence d'un autre stade de motivation. Il y a des gens qui ont besoin de séjours longs, deux mois, trois mois, voire peut-être plus dans certains cas, même si, trois mois, c'est déjà un séjour très long. Et on voit des gens qui se motivent. Je pense à une dame que je vois de temps en temps et qui va bien, et au départ, on n'aurait pas misé gros. Au plan physique, elle est beaucoup mieux; abstinent, elle a fréquenté des groupes d'entraide et s'implique maintenant beaucoup. C'est très surprenant. Finalement, il n'y a pas de facteur de pronostic. Cela va avec ce que je dis sur la motivation qui évolue. D'ailleurs on peut revenir à un stade antérieur, avec la rechute. Peut-être jamais au stade du *deni*, de la *pré-contemplation*. Je pense qu'une fois passé, on n'y revient plus. Mais on peut revenir à tous les autres stades.

Aline reconnaît le problème, elle a l'intention de changer mais elle ne sait pas encore comment faire. C'est le stade de la décision. Le patient veut changer, mais pas tout de suite, il hésite, pose des questions. Parfois on doit étudier un réel problème extérieur. Parfois ce sont des choses qui nous dépassent, auxquelles nous ne pouvons rien. Les gens doivent faire le deuil, véritablement le deuil, quand il y a quelque chose d'irréversible.

On peut explorer les attentes, explorer les craintes. Travailler sur les objectifs et les craintes face au changement « Qu'est-ce qui vous fait peur ? ». On peut travailler sur la *balance décisionnelle*. Il y a des techniques comportementales et cognitives : renforcer les attentes de réussite, expliquer que d'autres ont vécu ça, renforcer les sentiments d'efficacité personnelle. On peut proposer (et non imposer), planifier un programme d'action. Dans cette optique, il est important de laisser des choix : on sait qu'un traitement est plus efficace quand il est choisi. Laisser des choix quand on le peut; parfois on n'a pas beaucoup de choses à proposer, mais on arrive toujours à laisser des choix, ne serait-ce que sur les délais : peut-être laisser le patient choisir la date de son hospitalisation, certaines modalités de sevrage, de traitement, de médicaments. Je discute souvent sur les médicaments, j'explique pourquoi je les mets, je fais ça en concertation avec le patient. Mais là, on est déjà à l'*action*.

Nadine.

37 ans, infirmière instrumentiste en bloc opératoire dans un hôpital public. En arrêt longue maladie depuis un an. Divorcée depuis 9 ans, un fils de 9 ans, de son ex-mari. Cardiologue, il l'a quittée lorsqu'elle était enceinte. Concubinage depuis 5 ans avec un homme de 36 ans, vendeur dans un magasin de bricolage. Un fils de 2 ½ ans, issu de cette union.

Nadine se présente en consultation seule, apparemment épuisée, au bord du désespoir. Elle évoque d'emblée sa dépendance à l'alcool et ses vaines tentatives solitaires de sevrage et dit qu'elle a commencé à boire de façon problématique au moment de son divorce. Elle veut sauver son couple actuel; son ex-mari menace de lui retirer la garde de leur fils. Elle demande à être hospitalisée au plus vite.

Hospitalisée à Préville, le sevrage se déroule sans incident ni manifestations somatiques notables; l'adaptation à la vie collective de l'établissement est excellente. Nadine exprime clairement ses affects, ses difficultés, ses besoins, etc. Elle se sent manifestement impliquée dans la recherche d'un changement personnel; elle participe à tout.

Stade de motivation.

Ça s'arrose ! On peut en discuter, mais globalement, je la trouvais au stade de l'*action*.

Marche à suivre.

Évaluer les problèmes à venir, planifier. Accompagner dans les étapes du changement. On a mis des médicaments, on a écouté. Parfois les choses semblent se faire seules. On élaboré un projet thérapeutique pour après, axé sur le changement global, centré sur les objectifs du sujet. Ce n'est pas compliqué à exposer comme ça ; c'est plus dur à faire.

Aïcha.

28 ans, d'origine tunisienne, musulmane. Née en Alsace, elle parle avec l'accent alsacien. Coiffeuse actuellement au chômage. Mère de deux enfants de pères différents.

Aïcha s'est mise à boire assez tôt, et beaucoup, d'abord dans un contexte festif et convivial, avec ivresse finale quasi-systématique; elle est vite devenue dépendante. Elle a été hospitalisée en Alsace avant d'arriver à Préville, sevrée et abstinente depuis un mois et demi. Elle exprime le désir de rester telle.

Hébergée avec ses enfants par sa soeur aînée, mariée et mère de famille, qui la mateme de façon un peu autoritaire. Mais Aïcha interprète cette tutelle comme bienveillante et ne s'en formalise pas. Elle ne se sent pas prisonnière : elle se sent aidée par son entourage familial et par la plus grande partie de ses amis (son réseau relationnel est assez dense). À son retour, un emploi l'attend à l'aéroport de Strasbourg (accueil et enregistrement des bagages). Elle a une liaison amoureuse depuis deux mois avec un célibataire de son âge. Elle fréquente un groupe d'entraide (Alcooliques Anonymes) et envisage de consulter un psychiatre à son retour. Elle s'adapte parfaitement à la vie collective de la clinique et s'implique manifestement dans la recherche d'un changement personnel. Aïcha a le sentiment de « renaître à une nouvelle vie » mais reste lucide quant aux difficultés qui l'attendent au retour.

Stade de motivation.

Facile ! Stade du *maintien*. Elle est pourtant hospitalisée à Préville. Elle n'a pas une longue expérience de l'abstinence, mais il me fallait un cas pour illustrer le *maintien*. Un mois et demi, on a vu mieux, mais elle est sur la bonne voie, apparemment. Il y a des facteurs qui aideront, a priori, à maintenir. Elle a un soutien social, un soutien familial, elle va retrouver du travail, sur le plan affectif, elle a un copain qu'elle aime.. ça a l'air de bien se passer.

Elle est tout à fait convaincue, veut rester abstinente. Elle témoigne d'une bonne connaissance de son problème.

Marche à suivre.

Accompagner. Renforcer. La *prévention de la rechute* mérite en soi tout un séminaire. Accompagner, identifier les situations à risque, intra-personnelles, inter-personnelles. C'est tout l'intérêt de certains programmes, notamment d'affirmation de soi sur le plan social. Je l'ai dit et j'insiste : les facteurs de maintien sont différents de ceux de l'action.

Martine.

38 ans, mariée, un fils de 11 ans. Bac + 5, études de droit. Sans emploi. Mari de 36 ans, gestionnaire d'une cuisine de collectivité, niveau d'études bien inférieur à celui de sa femme. Rapports conjugaux complexes, passionnels, avec des rapports subtils de dominant à dominé, en alternance.

Quatre mois après une première cure à Préville, qui s'était déroulée dans d'excellentes conditions, avec une forte implication personnelle, Martine s'alcoolise de nouveau, semble t'il à l'occasion d'une attaque de panique survenue dans un contexte de tension familiale. On ne l'avait pas vu lors de la première cure. Quelques jours après cette première ré-alcoolisation, Martine a rechuté et ré-enclenché le processus de dépendance, très vite donc. Martine revient à Préville et exprime de façon claire et aisée ce qu'elle ressent, pense et désire. Elle nous fait part de sentiments mêlés de honte, désespoir et angoisse. Elle semble lucide en ce qui concerne sa dépendance à l'alcool, qu'elle ne cherche pas à minimiser.

Stade de motivation. *Rechute.*

Tâche à suivre.

Le fouet!

Déculpabiliser. Comment ? La rechute fait partie d'un cycle, ce sont ceux qui ont essayé plusieurs fois qui réussissent... comme au loto.

Analyser les facteurs de rechute. Notamment voir ces attaques de panique. Le trouble panique est souvent associé aux alcoolisations; je pense que l'alcoolisation aggrave aussi le trouble panique (entité bien individualisée dans le DSM IV et la CIM 10 ; il y en a beaucoup).

L'objectif est de ramener au stade, au minimum, de *contemplation*. De redémarrer de là, ré-engager l'action, que le patient ne soit pas inhibé par la rechute.

THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

Poser des questions ouvertes, c'est l'attitude générale, un peu propre aux thérapies comportementales et cognitives. Ce matin, on disait qu'en posant des questions, on n'obtient que des réponses.. mais moi, j'aime bien poser des questions et obtenir des réponses. Cela me convient d'obtenir des réponses précises à des questions précises. On a une écoute active. Et on sait que, derrière le discours manifeste, il y a toujours une composante émotionnelle, émotive; il ne faut jamais oublier les émotions.

L'empathie, vous savez ce que c'est.

L'implication du thérapeute.

La reformulation et le résumé. « Si je comprends bien, donc, vous.. » - « Je résume.. »

Évaluer le stade de motivation. On s'en fait une idée, même si on peut réviser son jugement .. évaluer l'intention de changer.

Avoir des objectifs clairs, donc orienter vers le futur. On n'est pas centré sur le passé.

Reconnaître le problème. “Qu'est-ce qui vous fait penser que l'alcool est pour vous un problème?” – “En quoi l'alcool est-il un problème?” – “Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre consommation” – “qu'est-ce qui pourrait vous arriver si vous ne changiez pas ? »

Trouver les atouts du patient, ses ressources, et les développer. « Qu'est-ce qui vous fait penser que vous pouvez le faire? »

Les pièges.

Les questions fermées: celles où on répond par oui ou non.

La confrontation au déni : “Je pense que vous êtes alcoolique – Regardez votre taux de γ GT – Vous n'allez pas me faire croire que vous ne buvez pas!” Le patient est en accusation. Le fait de se reconnaître alcoolique n'entraîne pas nécessairement un changement. Et on voit des sujets qui sont peut-être un peu dans le déni, même voire complètement, et qui vont quand même changer. Le déni n'est pas aussi radical qu'on pourrait le croire. Disons qu'il faut être deux: il faut un thérapeute pour qu'un patient soit dans le déni. C'est souvent réactionnel, lié à la relation qu'on établit avec le patient. La résistance n'est pas une chose qui existe en soi.

Longtemps, et j'ai moi-même travaillé comme cela, on mettait l'accent sur l'acceptation de se reconnaître comme un alcoolique ; on travaillait dans ce but. Ce n'est peut-être pas nécessaire, peut-être pas utile. Plutôt faire reconnaître que la personne a bu ; il y a plusieurs manières de montrer qu'on n'est pas dupe soi-même.

Insister que la maladie alcoolique entraîne une perte du contrôle de soi. Dans une large mesure, il y a une restriction des choix. Mais il en reste. Il faut insister sur la pré-éminence du choix personnel du patient. Le sujet fait toujours quand même des choix, même alcoolisé. Il y a un degré de liberté. La preuve: il a fait le choix de venir vous voir – ou il a accepté d'accompagner son épouse pour venir vous voir. Il aurait pu refuser. À un moment, on a beaucoup argumenté, démontré. Actuellement, on suscite un peu plus la réflexion du patient, plutôt que vouloir le convaincre à tout prix sous peine d'obtenir le résultat inverse.

COURANTS AU SEIN DES TCC.

TCC classiques / TCC dans l'optique du renforcement de la motivation. Souvent on suppose que le patient est motivé ou ne l'est pas. Or il y a des stades de motivation et des stratégies ou des attitudes spécifiques à adopter, en fonction de chaque stade de motivation.

Plutôt que chercher à identifier les cognitions pour ensuite les modifier, dans un premier temps, il est important d'explorer les perceptions du patient et de les lui renvoyer, plutôt que notre perception, et sans tentative de correction systématique.

Renvoyer au patient la responsabilité de ses changements. “Qu'êtes vous prêt à faire?” Proposer plusieurs échelons dans les stratégies de changement. Même en thérapie comportementale pure (et dure), il est important que le patient choisisse sa progression.

APPROCHE NON DIRECTIVE ET APPROCHE TCC (OU RENFORCEMENT DE LA MOTIVATION).

Souvent, dans l'approche non-directive, le patient détermine lui-même le contenu, la direction des soins, de l'entretien, etc. En TCC, nous sommes directs: “ça plus tard, revenons à nos moutons”, on dirige systématiquement le patient. Ici, on dirige vers la motivation au changement.

Dans l'approche non-directive, on évite de s'impliquer par des avis personnels et des contre-attitudes. En TCC, on peut exprimer des avis personnels et des contre-attitudes, lorsqu'on estime qu'ils sont appropriés. De toute façon, quoi qu'on fasse, on en aura ! Autant être clair là dessus.

Les attitudes empathiques spontanées. Dans l'approche non-directive, la bienveillante neutralité, le global.. on est bien gentil ! En TCC de renforcement de la motivation, on va être plutôt empathique sur certains points particuliers ; on va renforcer des points spécifiques et peut-être être neutre sur des qu'on ne veut pas renforcer.

Explorer les conflits, les émotions du patient à leurs stades actuel et passé. En TCC, il s'agit de travailler sur ‘ici et maintenant’, de relever et amplifier les contradictions du patient pour la motivation (balance décisionnelle, anticiper ce que sera le patient dans un an, dans cinq ans éventuellement, s'il continue de boire, s'il arrête, etc.)

CONCLUSIONS

La motivation n'est pas un état figé mais un processus de maturation. La motivation s'inscrivant dans un processus, une intervention est toujours possible. On peut toujours agir, à chaque stade, pour faire évoluer la motivation, pour adapter le plan de soins et pour proposer, finalement, une aide plus pertinente.

DÉBAT

- La balance décisionnelle.

Elle peut ne pas pencher vers une décision d'abstinence. Alors, il faut mettre à jour le choix que fait le patient d'arrêter le travail. «Si vous arrêtez, à quoi allez-vous renoncer ?». Il faut amener le patient à évaluer lui-même, pas nous mais lui, les bénéfices et inconvénients de boire. Si les inconvénients de l'alcoolisation s'avèrent plus importants que ses bénéfices, il s'engagera dans une démarche. L'évaluation est subjective, bien sûr. Bénéfice économique qu'il y a à s'épargner le prix de l'alcool pour se faire plaisir après ? Récompense à la date anniversaire, pas du dernier jour où il a bu mais le premier jour où il était sobre. Se faire un cadeau; c'est un moyen du renforcement.

- Modèle de PROCHASKA.

C'est un modèle, ce n'est pas la réalité. C'est un instrument de travail. Il est complémentaire d'autres approches. Il ne s'arrête pas dès que le patient a pris la décision de changer, pour la dépendance à l'alcool et même pour le reste. Il y a une proposition de travail pour le maintien, pour tout ce qui est prévention de la rechute.

C'est un modèle train-théorique. On a parlé des thérapies comportementales et cognitives, certes, parce qu'elles sont utilisées. Mais le modèle peut s'intégrer dans d'autres théories ; il n'est pas spécifique aux TCC.

Sans doute existe-t'il d'autres modèles sur la motivation, d'autres conceptualisations. Les psychanalystes en ont sûrement. Ils proposent toujours quelque chose.

- Choix de l'approche

Compte tenu de l'absence de techniques avérées efficaces dans la prévention de toute rechute, l'approche psychanalytique est-elle plus intéressante ? Les tenants des TCC n'en sont pas convaincus et disposent de stratégies de prévention de la rechute, intéressantes pour le maintien et qui n'ont pas été développées ici.

Tout est réducteur. Ce qui est important, c'est l'aide qu'on apporte au patient, effective ou non. Le fait de savoir si la technique est réductrice ou pas ne paraît pas très pertinent dans cette optique. Est-ce que cela aide le patient ou pas ? Tout modèle est réducteur, dès qu'il décrit la réalité. Tout discours est une représentation et sera réducteur. Être réducteur est une nécessité pour être efficace. Paul Valéry écrivait «Tout ce qui est simple est faux. Mais ce qui ne l'est pas est inutilisable».

On évolue en fonction du patient, de l'état du patient, à quel moment il est de son histoire. Fonctionner avec une seule technique peut être confortable pour le patient et c'est très confortable pour le soignant. C'est déjà bien. Le soignant n'est pas capable de tout faire. Le patient n'est pas capable de tout faire, ou ne le désire pas. Ce n'est pas un problème. Oui, les TCC, ça marche. Personne n'a dit qu'il fallait faire ça et pas autre chose. Il faut rester ouvert.

- Est-il bon d'être éclectique ?

Ce n'est pas prouvé. L'éclectisme est un concept artistique. Mais pour l'action ? Nous sommes des praticiens, peut-être pas tout le monde. Dans praticien, il y a «pratique». Un médecin doit le plus souvent travailler concrètement et ne peut pas forcément mélanger les genres. Le raisonnement de l'éclectisme peut être poussé à l'absurde: pourquoi pas l'approche astrologique, avec les signes du zodiaque ? L'approche numérologique en alcoologie ? Serait-on embêté si cela marchait ? Serait-on preneur ? Ce qui est important c'est de pouvoir aider les gens et de trouver des méthodes efficaces.

SYNTHÈSE

Je vous offre un rapide survol de quelques pistes qui ont été défrichées aujourd'hui. Il se peut que le décalage soit grand avec votre demande à vous, qui est peut-être de savoir quelle heure il est et à quelle heure on va finir; il s'agit là d'une attente, et pourvu que ça aille vite ! En effet, nous avons nos besoins, nous avons nos envies, qui ne correspondent pas nécessairement au programme qui a été préétabli.

Quand j'ai découvert le thème proposé aujourd'hui, « L'offre et la demande », j'ai eu un peu la même réaction que Lionel BÉNICHOU. Je me suis dit: « Ca y est, la mondialisation de l'économie et du marché lance un pseudopode dans la mare de l'alcoologie : bien cibler, bien cibler l'offre, bien cibler la demande. On est en plein marché ! » Mais non, il s'agit bien de dépendance, c'est à dire de perte de liberté, et Lionel BÉNICHOU très vite nous a dit que Préville fut très tôt, grâce à l'action du Docteur DEHRS, une passerelle entre une zone libre et une zone occupée, dépendante de l'autorité nazie.

Nous sommes bien dans une pathologie de la liberté. Albert MEMMI propose, et il n'est pas le seul, cité par Gérard OSTERMANN : «La liberté, c'est le jeu que nous pouvons créer dans un réseau d'inter-dépendances». Offrir, c'est donner, proposer, faire une avance. Demander, c'est frapper à une porte. On sent bien, dans la pathologie en question, une pathologie de la relation; sommes bien dans une pathologie de la relation et il s'agit bien de s'engager dans la relation.

L'OFFRE.

Qui va offrir?

Bien sûr, les professionnels d'horizons divers. En début de matinée, je pensais que les participants étaient à peu près 100% de médecins et il semble que c'est moins de 50%. Une personne alcoolique étant bien souvent malade dans son corps, malade dans son esprit, malade dans son être en relation, les acteurs, bien sûr, viendront de différentes origines et seront conviés à travailler ensemble si possible, dans le champ de l'alcoologie. Gérard OSTERMANN nous le rappelait ce matin, il faut une approche de l'être humain, approche globale, il nous dit "psychosomatique, au sens noble du terme".

Qui va offrir? Des professionnels, bien sûr, mais aussi des personnes alcooliques rétablies. Eux aussi ont de quoi offrir dans leur besace de Rétablis.

Qui va offrir? Peut-être les familles, à condition qu'on les y aide, et Michel CRAPLET rappelait ce matin ce qu'il considérait comme une insuffisance de son dispositif au début de sa construction, insuffisance qui a été vite rattrapée ensuite. Il nous explique que les familles sont accueillies, écoutées, qu'il y a des accompagnements et aussi des thérapies, pour les familles, pour les couples.

Offrir quoi ?

L'écoute, tout le monde est d'accord là dessus, la compréhension, les alcooliques Rétablis nous disent le « non jugement ». Bien sûr, nous allons offrir la stimulation par le questionnement pour élargir le champ de la pensée. Et nous allons offrir notre relation. La relation est en elle-même une pâte à pétrir à caractère thérapeutique. Et cette relation sera forcément dynamique : tous les processus vivants sont dynamiques. Au fond, je crois que nous sommes tous d'accord là dessus, l'aide que nous apportons aux alcooliques est plus une aide à l'auto-thérapie qu'une thérapie. Dans ce lien, dans cette relation qui s'engage et en général va durer longtemps, chacun apprend de soi et de l'autre. Cela vous a été largement développé ce matin.

Dans cette approche de ce qu'on offre et à qui on l'offre, Michel CRAPLET soulignait les erreurs nombreuses et ce qui peut nous égarer, parce que les consommations d'alcool sont hétérogènes à l'extrême; cela rejoint le débat du troisième atelier cet après-midi. Il y a bien sûr des usages, des usages dits socialement intégrés, des usages à risques, des syndromes d'abus que certains appellent « abusages », d'un néologisme volontaire pour sortir des connotations moralistes, bien sûr des syndromes de dépendance, sans compter les co-morbidités. De là des erreurs et des malentendus en ce qui concerne les objectifs ou les moyens, parce que l'abstinence pour quelqu'un qui était dépendant, ce n'est pas un objectif, c'est un moyen. Un moyen de changer de style de vie et si possible de vivre mieux. Certains ont dit aujourd'hui, Lionel BÉNICHOU je crois, d'être heureux; je ne m'engagerai; pas sur ce terrain, si d'aucun connaît la recette du bonheur, je suis demandeur.

La relation que nous offrons peut s'établir aussi en ambulatoire. Cela peut se faire en séjour résidentiel, plus ou moins long; l'essentiel est que l'engagement soit loyal, honnête, le plus vrai possible, et qu'il s'instaure pour durer dans le temps, autant que faire se peut. Lionel BÉNICHOU, dans ce qui a été utilisé historiquement, évoquait ce matin la reconstruction d'une sorte de « village de vie », ou d'une « famille élargie », d'une thérapie institutionnelle qui a un peu moins le vent en poupe à l'heure actuelle. L'essentiel est à coup sûr de créer « une ambiance », je reviendrai sur ce thème. Michel CRAPLET évoquait des séjours plus ou moins longs, des cures, des post-cures et tous les malentendus qui s'associent à ces termes et leur caractère controversé.

Le mot de cure est à écarter si nous pensons qu'il s'agit d'une cure d'hernie inguinale, par exemple, d'une opération à caractère chirurgical : on ouvre, on extirpe le mal, on referme et c'est fini, tout va bien. On peut garder le terme de cure s'il s'agit de prendre soin de l'autre, d'être curieux, attentif à l'autre, la personne alcoolique devant toujours être acteur de ce processus de changement, et acteur principal, le temps institutionnel, quelle que soit l'institution, n'étant qu'un temps dans un parcours et dans un processus forcément beaucoup plus long. L'abstinence d'alcool n'est pas une finalité en soi, mais un moyen pour vivre autrement et si possible pour vivre mieux.

Il a été question, dans ces institutions, des excès de parentalisation de la relation et des excès de cocooning, de maternage et de régression ; le thérapeute risque de se trouver parentalisé, en fonction de ses propres aimants et aussi éventuellement poussé par la pathologie des patients qui veulent bien se positionner dans une relation infantilisée. La plupart des patients alcooliques, à l'abri d'une protection un peu maternelle, continuent à biberonner. Michel CRAPLET et d'autres ont fait beaucoup de références à Winnicott, en parlant de l'espace transitionnel, qui peut être la relation ou l'institution, qui peut être certains espaces de l'institution ou certains temps de l'institution. Si le « cocon » vise à donner un certain cadre de sécurité, il y a peu de craintes à avoir. S'il s'agit d'éviter le questionnement, de permettre le ronronnement, certainement ce sera négatif.

Mais on peut continuer à écouter Winnicott qui nous parle, en plus de l'espace transitionnel, de 'holding' (la capacité à contenir la personne, lui donner un espace de sécurité) et de 'handling' (la secouer très fort, tout en la protégeant). Moi, je parle souvent d'accepter de "déranger" fortement le patient alcoolique.

Offrir quand ?

C'est le problème du moment de la rencontre avec l'alcoolique et du stade de sa prise de conscience de sa problématique alcoolique. Selon ce niveau de prise de conscience, les offres seront différentes mais l'offre devra toujours être durable. Devenir un malade alcoolique est un phénomène processuel, qui prend des années ; se sortir de la maladie de la maladie alcoolique est aussi un phénomène processuel, qui prendra des années. Encore faut-il avoir une idée du niveau de prise de conscience. Pour que je prenne conscience du niveau de la prise de conscience de la personne en face de moi sur sa problématique, mes propres représentations devront avoir préalablement été analysées, décodées, apaisées si j'ose dire.

Gérard OSTERMANN l'évoquait ce matin, des excès d'envie concernant l'être en face de moi peuvent paralyser sa propre verbalisation, sa propre mentalisation et aussi tout simplement le rapport de sécurité et de confiance pour qu'il me dise réellement où il pense en être de son problème.

LA DEMANDE.

La demande sera forcément incomplète, ambivalente. J'ai le souvenir de soignants qui me disaient : "tu l'as vu combien de fois avant qu'il vienne en cure ? On pensait que, quand tu les avais vus, ils n'étaient plus ambivalents, il était clair pour eux qu'ils étaient alcooliques." Oui, mais .. Je n'ai pas rencontré à ce jour d'alcoolique qui ne soit pas un peu ambivalent, le tout c'est que ce soit acceptable ! ERIKSON disait qu'un alcoolique est guéri le jour où il accepte qu'il est alcoolique, s'il ne boit pas. C'est simple ! Très simple ! Cette demande, quelle que soit sa forme, quel que soit son niveau d'ambivalence, est toujours recevable et elle est le point de départ du cheminement de l'accompagnement. Cela veut dire que je dois essayer de me représenter où se trouve le patient dans son cheminement, où il est réellement et non où je voudrais qu'il soit.

Le soignant, ou l'aidant, doit réfléchir aux phénomènes transférentiels et contre-transférentiels nous a rappelé Gérard OSTERMANN, travailler sur lui-même. On nous a beaucoup stimulés ce matin dans ce sens. Je ne rappellerai pas de façon exhaustive tous les écueils qui nous attendent dans la relation d'aide.

Bien sûr, il faut faire une distinction claire entre ses propres désirs de soignant ou d'aidant et ses propres besoins – ce n'est déjà pas évident de distinguer ses désirs de ses besoins – et ne pas confondre ses désirs et besoins à soi avec ceux du patient. On sera vigilant à ne pas désirer très fort, trop fort, des choses que la personne en face de soi ne désire pas forcément. Le risque, entre autres, est la relation d'emprise. Le thérapeute, soignant, aidant, doit si possible garder une relation de contrôle sur le processus d'accompagnement, mais jamais sur la personne et les alcooliques sont particulièrement sensibles à ce point.

Il devra se poser sans cesse la question de savoir où il en est de ses représentations, de ses représentations du produit, de l'autre quand il l'utilise, de lui-même quand il l'utilise, de ses représentations sur les usages ou mésusages du produit, où il en est de ses propres addictions. Pourquoi est-il mal, angoissé ou en colère à tel moment de la relation d'aide ? En quoi cela parle t'il de lui ?

Est-ce que ce qu'il voit comme un problème chez cette personne ne serait pas vu comme une solution par cette personne ? Ce qu'il peut proposer comme stratégie pour progresser, comme solution pour aller mieux, ne serait-il pas perçu par cette personne comme un problème, et peut-être un problème bien plus important que ce qui apparemment pose problème ? On pourra ainsi essayer de faire l'inventaire le plus honnête possible de tous les avantages de continuer à boire.

Parce que boire, bien sûr, cela a des avantages, sinon on ne boirait pas. Il faudra faire un inventaire le plus clair possible de pour quoi il boit, dans quel but, ce qui n'empêchera pas de réfléchir aussi à pourquoi il boit. Les pièges de la langue sont importants : «pour quoi» et «pourquoi» sont en permanence confondus dans la relation d'aide au malade alcoolique. En anglais (*why – for what*), en allemand (*warum – wo für*) ou en espagnol (*por que – para que*), on n'a pas ce problème, on ne confond pas. Cette confusion est importante. Je vous invite à commencer plutôt par le «pour quoi», secondairement le «pourquoi» : dans mon expérience le "pourquoi" est plus souvent, plus intensément, une soif de soignant qu'une soif de soigné. Je connais des alcooliques professionnels du pourquoi : «Tant que je ne saurai pas pourquoi je bois, pourquoi j'ai commencé à boire, il n'est pas question que j'arrête». Je vous propose de faire d'abord un inventaire des buts, des effets positifs, en les différenciant des causes, et en différenciant aussi les causes des facteurs de coïncidence.

L'offre augmente depuis quelques années. Elle est aussi très fragmentée. Ces choses ont été évoquées dans l'atelier 3. Est-il pertinent de fragmenter l'offre ? Faut-il la fédérer dans des réseaux ? Les réseaux se développent, mais quelles sont les limites pour les réseaux ? Quels avantages, quels inconvénients ? De la même manière que les soignants peuvent avoir des contre-attitudes négatives et les familles aussi, est-ce que les réseaux peuvent avoir des effets contre productifs ? La question reste ouverte.

Voilà pour ce matin. Pour cet après-midi, je n'ai pas eu le temps de faire une synthèse écrite, donc je vais vous livrer mes impressions. Les organisateurs m'avaient demandé de me promener d'un atelier à l'autre. Je n'ai pas de don pour être simultanément présent en trois endroits différents et je livrerai plutôt des touches, des impressions, des sensations.

L'ATELIER N°1.

« GUÉRIS, JE LE VEUX ! »

Animateurs :

Colette LORTET, Laurent SCHOULER, Gérard OSTERMANN, Pierre-Marie LINCHENEAU.

D'abord j'ai entendu.. j'ai entendu du bruit même avant d'être là et je me disais : «on rigole bien ici». Il y avait de l'espace, de la lumière et il y avait beaucoup de gens qui riaient. Je me demandais s'ils avaient bu... Ils ont beaucoup ri et je trouve cela admirable parce que, quand on s'intéresse aux histoires des malades de l'alcool, c'est assez triste, souvent. Mais si un alcoolique rencontre un soignant ou un aidant alcoolique assez triste, je ne suis pas convaincu que le transfert soit positif.

Il y eu des jeux de rôle, je n'ai pas tout vu, mais j'ai vu un homme avec une barbe comme ça se présenter comme une femme, et une femme très belle se présenter comme un homme. Je me suis dit que j'avais raté des trucs... Ce qui m'a frappé dans cet atelier, c'est une ambiance avec à la fois une intensité dramatique à certains moments, et puis beaucoup de rires et de sourires à d'autres moments.

Et un certain nombre de personnes commençaient leurs phrases par «je». Quand des aidants d'alcooliques commencent leurs phrases par «je», ça m'intéresse, c'est qu'ils commencent à s'impliquer dans la relation, qu'ils commencent à être vrais. Il est rare qu'on soit dans l'erreur quand on est vrai, ou du moins dans la faute et les patients alcooliques sont indulgents. En miroir, on voyait que, chez l'alcoolique, le processus de rétablissement suit ce cheminement-là. Quand un malade alcoolique vous dit : «Ils ont augmenté le prix de l'eau - ils n'ont qu'à vendre le vin plus cher - rendez-vous compte, il y a des cafés partout», c'est toujours les autres. Quand un alcoolique commence ses phrases par «je», cela devient impliquant. Cela incite les aidants que nous sommes à en faire autant.

Dans ces jeux de rôle, les participants ont pu toucher du doigt la complexité de la relation à travers ses diverses dimensions (verbal, non verbal, émotionnel, méta-communicationnel). Je pense qu'aujourd'hui, ils se sont rencontrés. J'ai envie d'isoler le mot *contre* : se toucher, se percuter, pour mieux se connaître. C'est l'essentiel de la difficulté avec un malade alcoolique, capable d'être très communicant mais faiblement rencontrant.

Les participants de cet atelier vont partir avec un petit bout d'histoire dans la tête. Ils ont participé à un petit moment qui restera dans l'histoire de leur vie ; cela fait écho avec la thérapie aux alcooliques. On sait que les alcooliques ont des histoires, des tas de petites histoires, mais leur histoire à eux est morcelée, fragmentée. Une partie des stratégies thérapeutiques vise à reconstruire une linéarité, une cohésion, une histoire qui parfois d'ailleurs est possédée par les soignants, surtout s'ils mettent en réseau leurs informations, ce qui peut être un peu aliénant pour le patient.

Je suis resté sur ma faim parce que je voulais être au four et au moulin. Je me disais : « Ils vont avoir un petit bout d'histoire que je n'aurai pas ». Bon, il faut gérer les manques dans la vie ! J'ai eu envie de rester et cela m'a fait penser aux patients qui, lorsqu'ils ont bien avancé, ne me parlent non plus de leurs besoins mais de leurs envies. Donc, je m'imagine que les participants ont dû progresser. Je pensais aussi à une phrase d'OLIVENSTEIN qui disait dans sa façon de voir le processus de soin, qu'il s'agissait de créer une «ambiance», une ambiance d'intensité, avec de l'émotion et un mouvement dans l'intensité.

L'ATELIER N°2.

« QUI DEMANDE QUOI À QUI »

Animateurs :

Jean-Jacques PINOTEAU, Pierre MOULINET.

Pour la salle, l'atelier était moins bien servi; c'était petit, le plafond était bas, on manquait d'oxygène. Pourtant, c'était sérieux. L'orientation était volontiers aux « TCC », les thérapies cognitivo-comportementales qui ont beaucoup le vent en poupe à l'heure actuelle. Je me suis demandé si cela n'allait pas tourner au procès des TCC ou de leurs fiers représentants. Et puis non, les gens sont restés respectueux, dignes, avec de l'humilité chez chacun. Je pense que l'humilité, pour s'occuper des alcooliques, est quelque chose de très pertinent.

Je vais d'abord manifester des critiques à l'égard de cette approche. Je vais être caricatural. Vous savez que les thérapeutes cognitivo-comportementalistes sont rationnels, sinon rationalistes, objectivants et ils mesurent tout. D'emblée, l'intitulé ne me plaisait pas. Qui demande quoi?, à qui?, et pourquoi? » n'étant pas assez objectivé pour les tenants des TCC, l'intitulé a été changé en "Étude de la motivation".

On nous a parlé du Modèle de PROCHASKA, avec le déni, avec une phase de pré-contemplation, une phase de contemplation, ensuite des intentions, des décisions, des réalisations. Bref, l'évolution de la prise de conscience de la pathologie, sans doute chez un malade alcoolique, l'évolution des représentations qu'il se fait du problème, l'évolution des représentations qu'il se fait des solutions.

Une critique que je peux faire: excellent outil, à condition qu'il soit considéré comme un outil. L'inconvénient éventuel est que l'outil soit un écran à la rencontre, c'est à dire se réfugier derrière l'outil pour ne pas se rencontrer, donc confondre communiquer et se rencontrer. En revanche, son immense avantage est de créer des repères ; le sujet alcoolique est un être truffé de complexité et lui donner des repères, une boussole, me paraît déterminant. Cet outil peut également créer des repères et une boussole pour le soignant, ce qui n'est pas rien: chacun sait que le confort et la sérénité des soignants, c'est très utile pour les malades.

Paul VALERY a dit "tout ce qui est simple est faux, mais tout ce qui ne l'est pas est inutilisable"; pour ma défense, je citerai Gaston BACHELARD : "Une théorie n'a pas pour but d'être vraie, mais d'être utile". Je pense que les tenants des TCC en savent très bien les indications et je pense que la majorité d'entre eux n'utilise pas cet outil pour se cacher et ne pas rencontrer le patient.

Ces approches ont un intérêt majeur dans la situation actuelle car si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. Les économistes de la santé regardent de près ce que nous faisons ; ils nous demandent d'évaluer sans cesse, de placer des objectifs, de mettre en place des méthodologies. Il est normal qu'on nous demande des comptes : cet argent n'est pas le nôtre. Les TCC sont particulièrement utiles pour l'évaluation. Ceux qui ne font pas d'évaluation dans les autres approches devraient se poser la question d'une méthodologie d'évaluation parce que 'si tu ne vas pas à Lagardère, Lagardère ira à toi'. Si nous ne nous occupons pas d'évaluer, d'autres viendront évaluer à notre place et nous ne serons peut-être pas gagnants.

Il y a l'intérêt, qui a été souligné, que cette approche ouvre des choix ; elle permet d'ouvrir et d'augmenter la palette des possibles. Cela ne présente que des avantages pour une pathologie de la liberté, puisque être libre, c'est pouvoir choisir.

Augmenter la palette des choix me paraît une excellente chose.

L'ATELIER N°3.

« INSTITUTION, RÉSEAU, DISPOSITIF AMBULATOIRE: CHÂTEAU FORT, CHÂTEAU DE CARTES OU CHÂTEAU EN ESPAGNE ? »

Animateurs :
Paul BONNAN, Christophe LAGABRIELLE.

On m'avait glissé à l'oreille "château de sable ?" Alors j'arrive, et je vois un petit château, en plein été, sous un truc en plastique, avec de l'aluminium; il y avait le train qui passait, on ne s'entendait pas.

Vue par un observateur intermittent, c'était une réunion à caractère «politique», au bon sens du terme: l'organisation de la cité, comment prévoir l'évolution d'une société, les problèmes, comment apporter des solutions. Il a été question de mots dont on ne sait pas s'ils sont tabou ou s'il sont totem : l'addiction au sens large, le réseau. Certains évoquaient les réseaux formels, d'autres évoquaient l'existence déjà de réseaux informels. Certains ont évoqué la nécessité absolue de communiquer à l'intérieur des réseaux. D'autres ont montré du doigt la nécessité de communiquer à l'extérieur des réseaux. Le mot de *publicité* n'est pas venu, mais je l'entendais très fort ; on disait "il faut communiquer, il faut communiquer" et j'entendais «il faut faire de la pub, il faut faire de la pub..»

Sur l'addictologie venait un débat à mon sens éternel: tous les processus de dépendance ont-ils des points communs? Est-ce que tous les produits addictogènes ont des points communs? Et toutes les personnes qui deviennent addictées in fine? Points communs au plan des attitudes? de la façon de penser? de la chimie du cerveau?

Oui, mais. Chaque processus d'addiction a ses singularités.. Chaque produit a son potentiel propre de toxicité.. son potentiel propre d'effet psychotrope.. son potentiel addictogène.. ses représentations sociales, culturelles, économiques.

Certains disent qu'il faut absolument fédérer et d'autres qu'il convient de séparer.. je pense que ce débat va durer longtemps. Michel CRAPLET était plutôt du côté "soyons prudents, soyons attentifs – il y a des modes – on a le droit d'être libre, de penser autrement, et de faire de la résistance". Benoît FLEURY, quand on a pu l'entendre après le passage du train, a dit "oui, mais pour le moment, il y a de l'argent pour ça donc il faut prendre ce train-là". Paul BONNAN disait " oui, mais il faut évaluer, identifier les problèmes, définir des objectifs, définir des méthodes, lister des intervenants, savoir ce qu'ils font, ce qu'ils ne font pas" .

Les réseaux ont leurs avantages, le principal étant à mon sens que nous puissions parler, nous rencontrer, échanger. Ils ont leurs inconvénients. L'étymologie de *réseau* est *rets*, c'est à dire filets. Pour attraper quoi? Les politiques n'ont pas impulsé le développement des réseaux pour des raisons de soin. C'était pour que nous mettions ensemble nos miettes et les partagions ; cela fait plus que chacun avec une miette dans son coin. Je m'inquiète aussi d'un risque possible, c'est que le malade alcoolique a déjà un réseau naturel: réseau d'amis, réseau de connaissances, réseau familial. Il n'est pas prouvé que, dans l'esprit d'un malade alcoolique, notre réseau soit un réseau d'aide et non de surveillance, contrôle, vérification.

Je crains que, si nos réseaux se développent de façon importante, nous soyons perçus par le malade alcoolique comme un réseau de surveillance, vérification, contrôle, comme un réseau d'échange d'informations sur sa personne. Je connais des alcooliques qui, par exemple, sortent d'une association parce qu'ils ont vu que, dans cette association – un réseau d'aide, d'entraide d'anciens malades de l'alcool – on échange des commérages sur Pierre, Paul ou Jacques... sur lui.. donc il n'y va plus ! Donc si les alcooliques savent que nous parlons d'eux, dans leur dos, sans que nous restituions les informations, il y a danger. Mais je fais confiance aux réseaux en général, et surtout aux personnes qui les composent, pour être attentifs et vigilants. Encore une fois, le confort des soignants est une des données de l'efficacité des soins ; si les réseaux peuvent contribuer à notre contort, allons-y.

Dans la communication, interne et externe, de ces réseaux, Lionel BÉNICHOU évoquait de s'appuyer éventuellement sur Internet; d'autres disaient de faire attention à ne pas être fasciné par l'outil et ceci n'est qu'un outil... C'est vrai. Internet, c'est une communication virtuelle. Je reviens sur la notion que j'ai déjà évoquée, la différence entre communiquer et rencontrer. Si Internet permet de communiquer sans rencontrer, attention ! Je fais référence aux théories de David LEBRETON qui dit que notre société, avec ses téléphones mobiles, ses filaires, ses fax, son Internet, est une société fortement communicante mais faiblement rencontrante. Communiquer n'est pas rencontrer. De même qu'il est indispensable de rencontrer un alcoolique et pas seulement de communiquer avec lui, de même les réseaux développeront-ils nos compétences s'ils permettent que nous nous rencontrions et non pas simplement que nous communiquions.

Il a été évoqué aussi le risque, par l'approche globale addictologique à travers les réseaux, de normaliser, de standardiser les protocoles. Mais aussi peut être normaliser, standardiser les patients ? Il faudra être vigilant car, cela a été dit à plusieurs reprises, la pathologie alcoolique est éminemment hétérogène. A mon sens, il est souhaitable qu'il y ait des structures et filières d'accueil, des portes variées, hétérogènes, de façon à ce que chaque patient puisse frapper un jour à la bonne porte, au moment opportun, fécond, pour lui.

Pour conclure.

Je vais prendre trois citations de philosophes :

GASTON BACHELARD, que j'évoquais tout à l'heure, disait qu'une théorie n'est pas vraie, elle est simplement utile et je rajoute volontiers «à un moment donné».

PAUL RICOEUR : « La réponse à la question n'épuise pas la question car il reste la question de la question qui est une attente».

SØREN KIERKEGAARD disait que quand une personne a le projet d'amener une personne d'un point à un autre, cette personne doit s'enquérir de rencontrer celle qu'elle veut aider à l'endroit où elle est (pas à l'endroit où on voudrait qu'elle soit) et de partir de là où elle se trouve. «C'est là le secret d'aider les gens».

DÉBAT.

Pierre-Marie LINCHEAU. Merci à Emmanuel PALOMINO qui, non seulement parle beaucoup de langues, mais a réussi à rendre compte de l'ubiquité et de la pluralité de l'alcoologie. Et on peut remarquer qu'il ne manie pas la langue de bois ; il a abordé les sujets des différents ateliers d'une manière un peu polémique, intéressante.

Je vous propose une discussion courte, d'un quart d'heure, pour aborder ces sujets :

- les réseaux. Il y a sûrement beaucoup de questions
- peut-être aussi l'articulation d'une approche clinique psychanalytique avec des TCC, puisque, après avoir jeté un seau d'eau froide sur les TCC, il a prédit qu'il y avait là un certain nombre de repères à saisir, à condition que l'outil ne prenne pas la place de la rencontre. N'y a t'il pas, comme on a pu le dire l'année dernière à cette même réunion, une certaine gradation entre les approches, c'est à dire un moment où l'approche contenant des TCC permet un réinvestissement narcissique et un deuxième moment qui serait plus celui de la rencontre ?

Ce sont des sujets de discussion plus que de polémique. Ce que j'ai noté, c'est l'articulation : qu'est-ce que la rencontre ? qu'est-ce que le soin entre manipulation et liberté ?

Jean-François LAIREZ. Qui peut se passer d'outils ? Qui n'a pas d'outils ? Et j'aimerais que vous précisiez ce que vous entendez par rencontre.

Emmanuel PALOMINO. Je ne suis pas sûr d'étancher ta soif en termes de définitions de la rencontre. Telle que je l'entends, c'est presque une «percussion», de sujet à sujet, dans une intersubjectivité et aussi dans un changement. Si je communique avec toi, je ne suis pas sûr que je peux être changé; si je te rencontre, je ne suis plus le même. Pour toi qui t'occupes beaucoup de TCC, cela peut poser un problème, parce que les TCC visent, et c'est louable, à neutraliser autant que faire se peut, la subjectivité : c'est un univers objectivant. Si c'est un objectif modéré, un objectif lucide, OK. Il ne faut pas que cela tourne au fantasme : la subjectivité ça continue, l'intersubjectivité aussi. Il est nécessaire d'avoir une croyance, cela structure notre psyché. Je crois qu'il est bon de savoir que nous avons des croyances, plutôt que de croire que nous avons des savoirs.

Jean-François LAIREZ. L'objectivation est un moyen, un outil, ce n'est pas une fin en soi. Et, je le répète, peut-on se passer d'outils? Les autres approches n'en ont-elles pas ? Si elles n'en ont pas, cela me paraît grave. Il s'agit de bien définir son outil, de savoir ce qu'il est; un outil, cela se transforme, cela se modifie. Les TCC essaient d'objectiver, c'est vrai. C'est un moyen qui n'a rien à voir avec le fait qu'une relation, une rencontre, se fait ou ne se fait pas.

PROCHASKA, c'est un modèle, un modèle trans-théorique, qui n'appartient pas aux TCC. Elles s'en servent, comme elles se servent de beaucoup de choses, de modèles. Et je ne préjuge pas des qualités relationnelles des uns ou des autres.

Emmanuel PALOMINO. Je suis bien d'accord; on a tous des outils. Les outils s'intègrent dans une technique et les techniques s'intègrent dans une théorie.

Jean-François LAIREZ. Quant à la définition de la rencontre, on est tous d'accord, bien sûr, mais on n'est pas plus avancé après ! Communication, rencontre, les deux vont ensemble.

Emmanuel PALOMINO. Plus que l'outil, je crois pertinent pour le patient, que, pour lui, cela fasse sens. Nous recherchons, à travers nos théories, des causes au sens large, des facteurs qui ont favorisé tel ou tel développement. Je me méfie un peu de la causalité linéaire. Je m'intéresse à ce que la rencontre avec toi, ton outil, ta technique, ta théorie, fasse sens pour le patient. Non que ce soit vrai, mais que cela fasse sens pour lui, à ce moment de son histoire. C'est ce qui est thérapeutique. Je suis convaincu qu'avec un bon nombre de patients que tu rencontres, tu vas donner du sens, rencontrer la façon de penser.

Gérard OSTERMANN. Je trouve le modèle de PROCHASKA intéressant sur le plan motivationnel; il permet de savoir où on en est de la motivation du patient et aussi de notre motivation propre. Mais reprenons les positions relationnelles que j'ai évoquées ce matin : touriste, plaignant et demandeur. Dans le modèle de PROCHASKA, la position plaignante n'est pas évidente, elle n'est ni au niveau de la pré-intention, ni au niveau de l'intention.

Je crois que le patient ne peut changer véritablement que si j'accepte d'être modifié. Ce qui revient à ce que BALINT disait, que le malade me fait mal là où je suis déjà blessé. Il y a ce qu'on pourrait appeler le courant orthopédique, où je placerais les thérapies cognitivo-comportementales dans la mesure où elles renforcent le Moi (je n'ai pas dit que c'était une orthèse...). Je ne les opposerai pas à un modèle psycho-dynamique ou à une approche psychanalytique qui serait « supérieure ». Avec Colette LORTET, je pense que, pour certains patients, des gens qui ont par exemple une faible mentalisation, le fait même d'aller mobiliser des choses risque de désorganiser ce qui est en place; cela peut être dangereux. Il n'y a pas de méthode « supérieure » à une autre. La question est, dans le parcours du patient, de repérer le bon outil, au bon moment, par rapport au thérapeute et à comment il se sent vis à vis de l'outil. Le thérapeute, ce n'est pas celui qui a la clé, c'est celui qui a un trousseau de clés.

Emmanuel PALOMINO. Je crois qu'il est clair pour tous que l'être humain est beaucoup plus complexe que chacune des théories qui cherchent à le comprendre et à l'expliquer, et même plus complexe que la somme de ces théories, aussi séduisantes soient-elles.

Jean-François LAIREZ : Avec ça, on est tous d'accord, mais on n'est pas plus avancé. Il est évident que tout discours sera réducteur; mais après, qu'est-ce qu'on fait ?

Pierre-Marie LINCHENEAU : Voilà un sujet large... qui pourra faire l'objet d'une prochaine Journée. Il me paraît vraiment être à développer et articuler.