



Gérard Osterman,
Professeur agrégé
de thérapie,
médecin interniste.

Comment faire l'avance de la parole auprès du patient alcooldépendant ?



Alain Rigaud,
Psychiatre
des hôpitaux,
psychanalyste,
chef de service
de l'intersecteur
d'alcoologie Reims
51 A01, président
de l'Association
nationale de
prévention de
l'alcoolisme.

L'une des difficultés de la rencontre médecin-patient alcoolisant s'articule autour de la question du temps. Le sujet alcooldépendant a un temps qui n'a rien à voir avec le nôtre. Comment peut-on se rencontrer, lui qui a un temps répétitif circulaire, qui passe du vide au remplissage et du plein au vidage, et notre temps à nous, temps de l'agenda, temps linéaire avec des rendez-vous, avec des événements et des trous dans les événements, et souvent avec, il faut bien le reconnaître, un manque de temps. Comment nous rencontrer quand celui ou celle qui vient nous consulter est prisonnier(ère) de l'alcool, avec à l'intérieur même de sa prison, une autre prison, celle de la dépendance au produit, où l'alcool apparaît comme éponge anti-souffrance, et quand nous sommes nous-mêmes prisonniers de notre temps, de nos émotions, de nos résistances, coincés aussi avec un entourage qui souffre également. L'entourage nous presse, nous somme d'agir ; le malade, lui, ne vient pas, parce qu'il a pris son rendez-vous quand il était en manque, et qu'au moment du rendez-vous, il était « rempli ».

Comment faire avec l'alcoolique entre « la demande et l'offre » ?

Le premier contact, la première rencontre est à l'évidence, et chacun le reconnaît, un moment très important, prélude à une longue relation dont l'un des objectifs est de nouer un lien solide avec le patient.

Une intéressante étude menée en 1992 auprès de plus de 2 000 généralistes avait mis en exergue un véritable désarroi des praticiens face aux situations d'alcoolisation qu'ils sont amenés à rencontrer dans leur pratique. Cette enquête avait confirmé l'idée souvent avancée du désintérêt des médecins généralistes face aux patients alcooliques, même si en revanche ils n'hésitaient pas à exprimer leurs difficultés à travers des questions telles que :

- Faut-il ou non aborder de front la question de l'alcool ?
- Comment dire les choses ? Comment trouver une parole juste ?
- Comment parler avec le malade alcoolique ? Comment faire avec l'entourage ?

Cette étude révélait le malaise de bien des médecins confrontés à des situations qui leur font prendre conscience

des limites de leur méthode ou attitude traditionnelles, avec tout ce que cela peut comporter comme doutes et comme peurs, les médecins s'autorisant à dire que la rencontre est souvent masquée de leur côté par la technique et par le faire.

L'alcoolique est-il un patient différent des autres ?

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. Ce qui dérange, c'est qu'on ne sait pas très bien ce qu'il veut, à moins que ce ne soient nous, ses interlocuteurs, qui n'arrivons pas bien à déchiffrer sa demande. Et quand on ne comprend pas, on a toujours tendance à dire que c'est l'autre qui ne sait pas exprimer ce qu'il veut et que sa demande n'est pas claire.

L'alcoolique vient témoigner d'un état. D'ailleurs il se contente souvent de se montrer, il ne demande rien, il témoigne, comme nous le dit Robert Brès¹. Mais de quoi témoigne-t-il ? Il témoigne de soifs. Pas uniquement de ses soifs à lui, mais plus généralement des soifs de l'ensemble des gens, et en particulier des nôtres, comme ces aspira-

1 - Brès, R., (1995) « Figures et rituels de la soif » in Colloque « Alcool, société, précarité et travailleurs sociaux », Amiens, ANPA.

2 - Ribstein, M., cité par Brès.

3 - Voir *Revue de médecine psychosomatique*, (1987) XXVIII, n° 11/12, « Le désir alcoolique », avec les contributions de J.-P. Delisle, A. Rigaud, G. Ferrey, Ch. Bury, J.-P. Gademmer, M.-M. Jacquet et M. Monjauze, J. Maisondieu et coll., Grenoble : La pensée sauvage.

Rigaud, A., (1987) « Le désir alcoolique et ses mises en forme » et « La mère à boire et le père à l'enverve », *Revue de médecine psychosomatique*, XXVIII, n° spécial 11/12, « Le désir alcoolique », p. 73-103 et p. 103-128.

tions à vivre sans limites, ces aspirations à nous dégager de la réalité, du temps et des contraintes, et des relations conflictuelles à l'autre... Qui jamais n'a eu le fantasme d'aller sur une île déserte loin de toutes contraintes ? Le docteur Michel Ribstein² nous dit que l'alcoolique est un enseignant. Il nous enseigne sur nombre de soifs que chacun d'entre nous ressent, mais on ne peut percevoir les figures de la soif. Un alcoolique nous disait un jour : « *On me voit toujours quand j'ai bu, mais on ne me voit jamais quand j'ai soif* », ce que l'on peut traduire par : « *On voit sur moi la conséquence de ma soif, mais on ne voit pas cette aspiration en moi* », autrement dit : le « désir alcoolique »³.

Quand un alcoolique vient nous voir, on croit qu'il va nous demander quelque chose, c'est-à-dire qu'on va pouvoir s'organiser dans le temps, dans un projet... alors qu'il vient le plus souvent témoigner dans l'immédiat d'une souffrance et demander une réparation rapide. L'alcoolique témoigne de ce qu'il vit mais ne demande pas pour autant de voir plus clair en lui. C'est ce qui peut rendre compte de l'errance médicale fréquente chez ces patients. Aussi, nous rejoignons volontiers G. Vachonfrance⁴ quand il écrit que l'essentiel face à l'alcoolique tient en ceci : « Ne pas le confronter au silence en attendant que puisse être formulée une véritable demande : s'il boit, c'est précisément pour combler un espace vide qui n'arrive pas à s'articuler et à se dire. »

Faire l'avance de la parole, c'est faire crédit à l'autre

Face à l'alcoolique, c'est donc souvent au médecin, mais aussi à d'autres intervenants, de faire l'avance de la parole.

Faire l'avance a bien une résonance économique au sens de *faire crédit*, et faire crédit consiste justement à prendre en compte l'autre, ce buveur et sa parole. Au fond, faire crédit, c'est comprendre et accepter que si le buveur s'est engagé sur la voie de l'alcoolisation, c'est parce qu'au départ elle lui semblait la plus économique pour tenter de remédier à ce qu'il éprouvait comme mal de vivre ou comme mal-être, même si de notre côté l'on sait que la solution que le buveur trouve ainsi est à plus ou moins brève échéance une solution à problèmes et qu'il va être à terme confronté à son insolvabilité : l'alcool qui était la « solution vitale »⁵ devient alors son problème. Or la normativité de la médecine, lorsqu'elle évacue de sa pratique le discours et la subjectivité du malade⁶, lorsqu'elle rejoint la réputation du buveur, celle précisément de ne pas avoir de parole, cette normativité est une attitude médicale qui ne permet pas au patient de « se refaire » au sens de réfection narcissique comme l'avance M. Lasselien⁷. Faire crédit, faire l'avance, c'est faire ce pas de côté pour indiquer au buveur la valeur que l'on est prêt à accorder à son dire. Aussi apparaît-il clairement que l'initiative, dans la rencontre avec l'alcoolodépendant, est plutôt du côté du thérapeute.

Si la rencontre du buveur et du médecin ne s'est pas fermée d'emblée sur un non-lieu, elle peut offrir comme l'a expliqué J.-P. Gademer⁸ l'occasion et le lieu d'un malentendu potentiellement fécond : il s'agit de l'alcool évidemment, mais ne s'agit-il que d'alcool ?

Cela suppose que les protagonistes en parlent, de ce boire, de cet « échec du boire »⁹ et de ce « ne plus boire ». Et cela dépend non seulement des capacités et de la position subjective du patient, mais aussi et beaucoup des représentations et de l'attitude que le médecin adopte à ce moment. On le sait bien, le sujet ne se reconnaît alcoolique que lorsque quelqu'un a prononcé pour lui cette affirmation : « *Vous êtes alcoolique* », ce qui montre pour le médecin la nécessité de tenir cette place difficile de « révélateur ». Cette rencontre n'est pas à attendre comme un don du sort, en espérant une sorte d'alchimie mystérieuse entre les deux protagonistes. Elle paraît plutôt prendre ses origines dans les termes de heurt, de choc, où le rôle du médecin serait tout autant de savoir les susciter que de savoir ne pas les esquiver et d'espérer que l'alcoolique, en errance dans son univers liquide, y trouve un point de butée si ce n'est un point d'ancrage, une arrivée à bon port.

L'une des situations à problèmes est bien celle du déni, de la dénégation, c'est-à-dire la situation de celui ou de celle qui en guise de demande ne demande rien. C'est le cas de tel ou tel patient alcoolique, amené comme il est classique par son conjoint, une menace de licenciement ou un retrait de permis de conduire. De toute manière, il n'est là que réticence et mauvaise foi, niant son intempérance ou, mieux, la banalisant : « *C'est à cause du travail, des copains..., mais cette fois..., j'ai compris..., ce n'est qu'une histoire de volonté !...* » Certains penseront alors : « *À d'autres ! On me l'a déjà dit !* », et énoncent : « *Monsieur, Madame, vous reviendrez quand vous en éprouverez le désir* », évitant ainsi la confrontation avec

>>>

4 - Vachonfrance, G., (décembre 1988) « La psychothérapie de la maladie alcoolique », *Bulletin de la Société française d'alcoolologie*, numéro spécial.

5 - Rigaud, A., (1990) « Boire-Ne pas boire », *Revue française de psychiatrie*, VIII, n° 6, p. 5-10.

6 - Clavreul, J., (1978) *L'Ordre médical*, Paris : Seuil, coll. « Le champ freudien ».

7 - Lasselien, M., (1979) *Avec des alcooliques, des créateurs... En-deçà du miroir*, Lille : IFPAC.

8 - Gademer, J.-P., (1981) « La Révélation et le Malentendu », *Psychologie Médicale*, XIII, n° 3, p. 463-470.

9 - Rigaud, A., « Boire-Ne pas boire », art. cit.

10 - Clavreul, J., (1959/1987) « La parole de l'alcoolique », *La Psychanalyse*, n° 5, p. 257-289, repris in *Le Désir et la Loi*, Paris : Denoël, coll. « L'espace analytique », p. 243-270. Voir également M. Fontan qui parlait de « alcoolique pur, sui generis ou pathognomonique » (« Des difficultés des soignants avec les gros buveurs et les alcooliques », *Psychologie médicale*, 1983, XV, n° 6, p. 879-883) que Ch. Melman appelle également « alcoolique vrai » (Ch. Melman, « Les structures lacaniennes des psychoses : l'alcoolisme », séminaire du 13 mars 1984, La Salpêtrière, Paris, inédit).



22,50€

P14-26

Alcool, drogues chez les jeunes : agissons

Daniel Bailly
Odile Jacob

2009 – 288 p.

Ce qui compte dans la consommation abusive, c'est le fait que ce comportement témoigne de difficultés affectives, relationnelles ou sociales, qui risquent de conduire l'adolescent à la dépendance. Pourquoi et comment un jeune est-il amené à expérimenter des pratiques illicites ? Quand faut-il s'inquiéter ? Quel rôle les parents doivent-ils avoir ? Banaliser ou dramatiser ? Comment prévenir ? Comment traiter ? Solidement étayé, ce livre propose des éléments de réponse pour repérer et comprendre les comportements d'abus et d'addiction. Il s'adresse aussi bien aux parents qu'aux enseignants, aux professionnels de la santé et, de façon plus générale, à tous ceux qui sont concernés par les problèmes de l'adolescence.



25,50€

P15-26

Une sociologie de l'autodestruction

David Grange
L'Harmattan
Coll. « Logiques sociales »

2010 – 286 p.

Clochards, anorexiques, toxicomanes... En un peu moins de deux décennies, de nouveaux personnages ont colonisé notre paysage médiatique, et le territoire de notre mal de vivre. Leur singulier pouvoir de fascination vient de la passion qui les rassemble, la passion de l'autodestruction qui est le nouvel objet de la vieille pratique de l'exclusion. Les autodestructeurs deviennent pour nous, ce qu'étaient les lépreux au Moyen-Âge, les fous à l'ère classique. En ce temps de performances, où il n'est pas permis de se dérober à l'action, il peut se trouver beaucoup de séduction dans les idées d'absence, d'oubli, de rien.

Comment faire l'avance de la parole auprès du patient alcoolodépendant ?

11 - Vachonfrance, G., art. cit.

12- Rigaud, A., (1987) « Réflexions sur la problématique alcoolique à propos d'une contre-attitude soignante : l'opprobre (die Verpönung) », colloque de l'Association freudienne en Belgique sur le thème : « Alcoolisme : approche psychanalytique », Bruxelles, 1^{er} et 2 juin 1985, *L'Information psychiatrique*, LXIII, n° 1, p. 35-41. Voir également : Rigaud, A., (16 novembre 1996) « Sur l'opprobre (die Verpönung) », communication à la journée organisée par le Groupe d'études de psychiatrie, psychologie et sciences sociales (revue *Perspectives psychiatriques*) par le Dr J.-P. Descombey au CHS Sainte-Anne à Paris – inédit.

13 - Voir à ce sujet : Abraham, K., (1924) « Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux », chap. III : « Les deux étapes de la phase orale », in O.C.II, *Développement de la libido*, P.B.P. n° 313, Paris : Payot, p. 272-278.

Abraham, K., (1925/1966) « Étude psychanalytique de la formation du caractère », chap. II : « Contribution de l'érotisme oral à la formation du caractère », in O.C.II, *Développement de la libido*, P.B.P. n° 313, Paris : Payot, p. 332-342.
Little, M., (1981/1991) *Des états-limites. L'alliance thérapeutique* (transference neurosis et transference psychosis: toward basic unity), Paris : Des femmes-Antoinette Fouque, coll. « La psychanalyste » (chap. XIII : « Qui est alcoolique ? » p. 305-320).

l'affirmation de toute-puissance de ce non-demandeur qui, par son déni et son boire, tend à méconnaître le manque fondamental et la dépendance qui en découle.

Mais là encore, à attendre le retour de cet alcoolique, nous risquons de perdre notre temps et le sien, ou alors, s'il revient, s'agissait-t-il vraiment d'un alcoolique ? « Un alcoolique qui avoue sa dépendance n'est pas un vrai alcoolique », disait Clavreul¹⁰. Peut-être tirerait-on un plus grand profit à considérer cette dénégation : ce « non », dans sa violence outrageante, ou ce « Pour qui me prend-il ? », est en fait inaugural d'une relation thérapeutique, d'une rencontre. Car lorsque cet alcoolique nous dit : « *Je ne bois pas, donc vous ne pouvez rien pour moi* », nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'une négation, mais bien plutôt d'une dénégation, au sens plein de refuser de reconnaître ou de ne pas admettre ce qui est. Ce qu'il nous dit est alors à entendre comme : « *Je n'admets pas que je bois, je ne me reconnais pas comme alcoolique, je n'admets pas que vous puissiez quelque chose pour moi* », et à comprendre comme : « *Je sais que je bois, je crois que vous pouvez quelque chose pour moi, mais je le refuse.* » Si l'on accepte cette non-demande comme une dénégation, avec tout ce qu'elle englobe dans ce qui est dénié, il n'est plus besoin alors de chercher à obtenir l'aveu de l'intempérance en tant que cet aveu constituerait le signe de l'ébauche d'une relation authentique (« Il dit la vérité, donc il ne se moque pas de moi »).

Sens de l'avance de la parole

À nos yeux, le moment inaugural de la relation, la rencontre, se situerait plutôt lors de l'acceptation par le soignant que l'autre ne lui dise pas tout. Cette acceptation semble permettre d'établir une dialectique relationnelle en évitant à l'alcoolique de devoir jeter les armes, c'est-à-dire ses dernières défenses narcissiques, et se figer dans une attitude de soumission honteuse. Il pourrait s'agir somme toute du jeu « à-qui-perd-gagne » : qui perd l'aveu de l'alcool gagne (peut-être) l'aveu de l'alcoolique. Mais là encore, tout dans ce jeu peut être violence : violence pour le médecin qui est amené à faire le deuil de sa capacité à débusquer le symptôme et qui est surtout conduit à faire dans le paradoxe, c'est-à-dire à traiter comme alcoolique un sujet qui ne lui parle pas d'alcoolisme, en postulant que celui-ci comprend malgré tout très bien de quoi il s'agit.

Si le médecin a déjà fait son diagnostic, il lui faut de son côté comprendre que le patient l'a fait aussi depuis longtemps. Au fond, chacun sait que l'autre sait, mais l'angoisse et la culpabilité s'opposent à une verbalisation claire et sereine de l'alcoolodépendance. Le médecin doit tolérer que le patient s'accorde une transaction avec la vérité. Faire l'avance de la parole, c'est renoncer à tout terrorisme de la vérité, à toute attitude d'inquisition, parfaite violence pour le patient, autrement dit renoncer à toute déstabilisation de son système de protection.

Le patient de son côté s'attend bien sûr à ce qu'on lui parle d'alcool, donc il suppose que ce nouvel interlocuteur se fait de lui l'image grossière qu'il se fait de lui-même, comme tout le monde, ce tout le monde qui lui dit : « *T'as*

encore bu ? T'en as bu combien ? », et il prépare ses réponses d'alcoolique qui deviennent dès lors inopérantes en l'absence de questionnement.

Cependant, signifier à ces malades : « *Vous buvez, je le sais* » est tôt ou tard indispensable, mais le patient saura alors, même s'il oppose un déni, qu'il n'y a pas de tabou, pas de mépris, et qu'un jour ou l'autre, à l'heure où il se décidera, il pourra reconnaître et accepter son alcoolisme, ce qui contribuera à atténuer sa souffrance.

Il est donc essentiel de ne pas contraindre le malade à l'aveu et de lui laisser le temps de réaliser son auto-diagnostic et d'envisager de lui-même la rupture d'avec l'alcool grâce aux repères que le médecin pourra lui donner. L'acte de boire ne dit rien sur le sujet, il indique simplement que quelque chose ne va pas dans la relation à lui-même et aux autres, dans son économie pulsionnelle, sexuelle et vitale, dans sa relation familiale. Le patient restant enfermé dans son silence, la rencontre doit être faite d'écoute active, attentive, du dit et du non dit, si bien que le médecin est souvent obligé de faire effectivement l'avance de la parole. Il ne s'agit pas d'instiller au patient un discours qui ne serait pas le sien, mais simplement de l'aider à formuler ce qu'il éprouve.

Parler au patient, à sa place, de la souffrance qu'on lui suppose mais qu'éventuellement il dénie, est une approche que certains critiquent sévèrement, car cette attitude leur semble méconnaître la parole singulière du patient et constitue, à leurs yeux, une grossière suggestion. Nous partageons l'avis de G. Vachonfrance¹¹ quand il écrit qu'il n'en est rien. En effet, soit la parole du thérapeute correspond bien au vécu du patient, et celui-ci ressentira alors de l'empathie, condition nécessaire d'une bonne relation, soit le discours tombe à côté et il reste simplement inutile et sans effet, réactivant au pire chez le patient un sentiment d'incompréhension et d'abandon.

C'est dire qu'en faisant l'avance de la parole, c'est le thérapeute qui doit payer de sa personne et se risquer pour signifier son ressenti en lieu et place de l'alcoolique, pour lui offrir un support identificatoire et pour lui montrer que l'on peut parler sans être anéanti par l'angoisse (on ne peut modifier l'autre que si l'on accepte d'être soi-même modifié par lui).

Dans l'hypothèse où, au détour de plusieurs consultations, le patient ne parvient pas encore à envisager la rupture avec l'alcool, le médecin doit maintenir cette disponibilité en évitant soigneusement toute manifestation d'impatience et admettre que son impuissance devant l'alcoolique est finalement du même ordre que celle de l'alcoolique devant l'alcool, et conserver ainsi, avec le même état d'esprit, une disponibilité ouverte.

Assumer cette impuissance affirme mon acceptation de l'autre tel qu'il est et non tel que je voudrais qu'il soit ou qu'il se voudrait être ou encore que les autres voudraient qu'il soit. Tel qu'il est, c'est-à-dire avec la dénégation, la mauvaise foi, les fuites, les larmes, tantôt bourreau, tantôt victime, tel qu'il est : un homme ou une femme, tout simplement.

Du crédit de la parole à la demande de soins

Si le patient a exprimé clairement sa demande, faire l'avance de la parole, c'est lui donner confirmation que

sa demande est tout à fait recevable et honorable. Pour autant, il convient de ne pas être dupe de ce qu'il y a encore d'ambivalent. Par exemple, un patient qui vient nous demander de le « désintoxiquer », ça peut vouloir dire : « *Enlevez-moi l'alcool, que je sois tranquille à tout jamais.* » Ça peut vouloir signifier aussi : « *Ne me demandez pas de toucher au reste.* » Cela peut être aussi la situation inverse, le patient venant dire : « *Je sais que j'ai des problèmes d'alcool, mais ces problèmes parlent d'autre chose, alors occupez-vous de cette autre chose, et l'alcool, j'en ferai mon affaire* », sous-entendu : « *Je vous demande de m'aider, mais je garde la maîtrise sur ce que je viens mettre sur le tapis.* »

À un degré de plus, il y a celui qui demande tout. Ce peut être les patients précédents, mais à un autre moment de leur trajectoire. Ils livrent jusqu'à plus soif un fatras de problèmes concrets, externes, factuels : logement, argent, travail. Celui-ci revendique du soignant, de manière explicite ou implicite, la résolution de tous ses problèmes, il revendique des soins qui fassent disparaître toute souffrance, si possible immédiatement. Ce peut être le : « *Faites-moi une cure, et qu'on n'en parle plus !* »

Le médecin se retrouve alors face à une demande de normalisation globale, et devant cette demande que l'on peut volontiers qualifier de totalitaire, comment se soustraire à une réponse manichéenne (oui ou non) dont on connaît l'inefficacité. En effet, dire : « *Oui, je réponds à votre demande* » revient à relever le défi d'incarner une toute-puissance réparatrice. Cette attitude, gratifiante dans un premier temps, va à terme aboutir à une impasse où le patient, prompt à s'éluder, va se noyer dans le miroir proposé par le soignant et finir par de se dessaisir de lui-même en se remplissant de nouveau. La situation se fige alors ou réveille un sentiment rapidement insupportable d'humiliation et de dévalorisation face à cette dépendance à l'autre. À l'opposé, répondre : « *Non, votre demande est inacceptable* » est la copie conforme du rejet social auquel le patient est accoutumé. Ce « Non », il l'attend, et il ne fait que le confirmer dans la certitude que personne ne l'aime. En même temps, ce « Non » le met en rage et ravive son fantasme de toute-puissance imaginaire : il est capable d'atteindre tellement le soignant dans son rôle de thérapeute que celui-ci le rejette¹².

Reste à nos yeux la possibilité du « ni oui ni non », ou plutôt du « oui et non » à la fois pour négocier entre le rejet et le tout-et-tout-de-suite. En répondant à la demande de prise en charge totale, par ce qu'on va faire et ne pas faire, laissant donc une place à ce que le patient aura à faire en espérant que cela va lui permettre de retrouver un rôle de sujet dans cette histoire. Si ce « oui et non » est une issue possible, c'est dans la mesure où il laisse un champ ouvert à l'affrontement de deux déceptions, déception de l'alcoolique dans sa quête désespérée d'un objet totalement gratifiant, déception du médecin d'être ressenti comme décevant, tant ce qu'il peut faire ne peut être vécu par le patient que comme dérisoire.

S'il n'est pas aujourd'hui établi que les alcoolodépendants relèvent d'une organisation de personnalité commune, il est néanmoins constant que chacun est affecté d'un narcissisme en souffrance. Ce sont des gens qui ont été dans leur prime enfance exposés à des manifestations soit trop



captatrices du côté maternel, soit au contraire massivement rejetantes, si bien que toute offre et en même temps toute demande d'un autre les angoissent et les menacent au sens de quelque chose qui est précisément soit intrusif, soit captateur¹³.

Or ce patient avec sa souffrance et sa demande est au seuil d'un inconnu, en ce sens immédiat que le soignant qui le reçoit est un inconnu, également au sens où il ne sait pas bien ce que les soignants vont lui proposer au-delà du seuil, sur le moyen et le long terme. Et puis il en a tellement vu, ou craint d'en voir, des vertes et des pas mûres, qu'il n'a pas forcément envie de s'engager trop loin.

Faire l'avance de la parole, c'est lui annoncer ce qu'on lui propose, le bout de chemin qu'on va faire ensemble, ce sur quoi il s'engage à travers un contrat souple que l'on pourrait dire à durée déterminée. Les patients s'accrocheront d'autant mieux à un programme de soins s'ils savent où ils vont, tandis que l'idée d'une durée déterminée permet de leur dire : « *Eh bien, on verra ce que vous êtes devenu dans deux ou trois mois* » et d'ajouter trois mois plus tard :

- Soit : « *Notre dispositif continue de vous intéresser et vous avez encore besoin de vous sentir accompagné et soutenu, et nous pouvons vous proposer un programme de post-cure ambulatoire* [ce qui amène les patients à s'inscrire

>>>

S'il n'est pas aujourd'hui établi que les alcoolodépendants relèvent d'une organisation de personnalité commune, il est néanmoins constant que chacun est affecté d'un narcissisme en souffrance

L'hospitalisation sans consentement

Une proposition de modification de la loi du 27 juin 1990 sur la psychiatrie a été présentée au Conseil des ministres le 5 mai en vue d'un passage au Parlement à l'automne. Cette loi concerne les personnes représentant un danger pour elles-mêmes ou pour les autres.

Jusqu'à présent, on peut réaliser une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Pour éviter tout abus, l'hôpital doit disposer de deux certificats datant de moins de quinze jours. Toutefois, en cas d'urgence, un seul certificat est nécessaire pour que le directeur de l'établissement autorise l'hospitalisation, toujours à la demande d'un tiers. On peut aussi pratiquer l'hospitalisation d'office si un patient menace gravement la sécurité d'autrui. C'est alors au préfet d'autoriser l'entrée et la sortie du malade.

Le projet de loi proposé par Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, vise à améliorer la prise en charge des patients incapables de consentir aux soins médicaux. En cas de danger immédiat, la nécessité de la demande d'un tiers sera supprimée, l'hospitalisation du patient dépendra du risque qu'il représente pour les autres. De même, le deuxième certificat ne sera plus indispensable pour les HDT. Il y aura la mise en place d'une période d'observation d'une durée maximale de 72 heures qui permettra au médecin d'évaluer la prise en charge la mieux adaptée. Enfin, un suivi médical sera proposé et les psychiatres de ville seront autorisés à délivrer des soins sans consentement à condition d'avoir l'autorisation du médecin de l'hôpital. Les directeurs des hôpitaux pourront même faire appel aux forces de police pour contraindre le patient à être soigné.

Pour le Syndicat national des Psychologues, la loi ne prend pas en compte la démarche psychiatrique qui se fonde sur une relation de confiance avec le patient. Il affirme qu'« une hospitalisation, même débutée par nécessité sous contrainte, n'a de sens que si elle permet, *in fine*, une adhésion aux soins de la part du patient ». De plus, les soins par la force vont contribuer à la création d'un sentiment de persécution chez certains patients. Enfin, cette loi ne prend absolument pas en compte le manque de personnel et de matériel disponibles dans les hôpitaux.

Sources
SNP

dans de nouveaux groupes thérapeutiques et évite qu'ils se fixent dans les mêmes groupes en s'abandonnant à l'illusion groupale] ou un programme d'accompagnement médico-social » ; - Soit : « Nous constatons que vous allez mieux et nous vous proposons de vous accompagner par des consultations régulières plus espacées. » Dans un cas comme dans l'autre, le soignant vient authentifier une évolution où le buveur peut clamer et mettre à l'épreuve son indépendance ; cela participe, bien sûr, à une tentative de reconstruction du narcissisme.

Nous pensons que l'abstinence, qui n'est certes pas un but mais un moyen du traitement, doit être vécue par le patient et le thérapeute comme un impératif et exposée comme tel dans le cadre du contrat. Le sevrage ne peut donc être qu'un point de départ, car c'est après, en fait, que tout se joue. Quant à la durée définitive de l'abstinence, nous pensons qu'à ce stade, il ne faut pas se montrer trop catégorique, et qu'une telle assertion peut être vécue comme très traumatisante. À partir d'un écrit – une lettre d'une page relative au contrat de la cure ambulatoire¹⁴ – il est signifié au patient qu'il est reconnu dans sa souffrance et que l'alcool en est soit le remède soit le reflet, sans que pour autant l'expression de « maladie alcoolique » soit utilisée. Il est signifié également que le sevrage est nécessaire mais non suffisant, et que l'abstinence totale est une exigence le temps des soins. Mais il n'est pas affirmé à cette étape qu'elle doit être définitive, simplement parce que c'est le parcours thérapeutique qui va poser de lui-même la question.

Pour autant, le contrat est souple et autorise le patient à venir nous dire pourquoi, par exemple, il a fait tout le contraire de ce qu'il lui avait été prescrit. Il a le droit de sortir du contrat, mais venir nous le dire, en parler, c'est, sinon rester dans le contrat, du moins en tenir compte et tenir compte du soignant qui le lui a proposé. Le temps de l'abstinence, c'est aussi injecter du temps, grâce à la mise en place d'un cadre et de repères pour sortir de ce monde binaire du « Boire/ Ne pas boire ».

Faire l'avance de la parole, c'est dire au patient : « Voilà ce qu'on peut vous offrir, sur quoi vous pouvez vous appuyer, c'est vous qui restez maître d'œuvre, nous, on vous donne les outils et on vous apprend à vous en servir ».

Faire l'avance de la parole, c'est aussi parfois prescrire le symptôme, quand le patient n'est pas venu à son rendez-vous, écrire un courrier, simplement pour lui dire, lui signifier : « Voilà, je me doute qu'en ce moment, cela ne va pas très bien, alors je suis là, je vous attends », tant il est vrai, et comme J. Maisondieu¹⁵ l'a bien compris, que toute sa vie privée et sa personnalité, il les enferme comme dans un sac que la honte lui interdit d'ouvrir.

Quant aux malades du voir boire, il convient tout autant de leur faire l'avance de la parole, leur faire comprendre que le soignant n'est pas étranger à leur souffrance¹⁶, à la condition expresse de ne pas transgresser une règle intangible : celle de ne jamais dire à un tiers quelque chose sur le patient. Faire l'avance de la parole, ce peut être leur dire : « Vous pourrez aider une personne de votre entourage le jour où vous aurez compris que vous ne pouvez pas l'aider. »

Pour conclure

Faire l'avance de la parole est lié à toute la question de la problématique narcissique, du « je vous reconnais, je m'avance, je prends des risques, je vous témoigne de mon intérêt ». Il ne s'agit pas ici d'un code de bonne conduite, dont les maîtres mots sont évidemment l'empathie, l'écoute, la souplesse et le temps, bref la confiance et la patience. Faire l'avance de la parole signifie bien plus, à savoir que c'est à nous de dire, à nous de donner des mots pour que l'autre puisse s'y appuyer et se reconnaître. C'est prendre aussi en considération toute la dimension extra-langagière : si le regard n'est pas là, si le cœur n'y est pas, si l'authenticité de celui qui fait l'avance de la parole fait défaut, ça ne marche pas. À chacune des étapes, l'alcoolique nous teste dans notre capacité à écouter son boire et non pas à voir ce qu'il boit.

Faire l'avance de la parole, c'est permettre à l'alcoolique de dire son ressenti et de risquer ses propres mots à lui pour petit à petit s'approprier sa parole et ne plus avoir besoin de parler au travers du véhicule alcool. Mais accéder à sa propre parole, c'est accepter que sa parole et la parole aient un sens et s'y retrouver, s'y reconnaître.

Faire l'avance de la parole, c'est donc aussi regagner une confiance perdue et ne pas laisser le buveur seul, car comme l'écrit F. Gonnet¹⁷ : « Lorsqu'il n'y a plus d'alcool, il n'y a souvent plus de thérapeute. »

On conçoit alors qu'il s'agit d'une rencontre à risque où les partenaires peuvent à tout moment êtres renvoyés dos-à-dos, mais également d'une rencontre qui peut aboutir à la cure qui, on le sait aujourd'hui, n'a rien à voir avec la désintoxication.

Faire l'avance de parole, c'est être authentique, parler juste et dire vrai.

14 - Voir au Centre d'alcoologie médico-psychologique de Reims (intersecteur d'alcoologie 51 A01) les programmes de « Cure ambulatoire de l'appétence alcoolique » et de « Postcure alcoologique ambulatoire ».

15 - Maisondieu, J., (1992) Les Alcooléens, Paris : Bayard.

16 - Fouquet, P., (1956/2000) « Lettre à la famille », *Alcoologie et Addictologie*, 2 suppl., p. 655-685.

17 - Gonnet, F., (1993) « Des thérapeutes pour des produits ou un thérapeute pour une personne ? », *Alcoologie*, n° 15, p. 31-35.

REVUE FRANCOPHONE DU STRESS ET DU TRAUMA

S & T

Publication trimestrielle (mars – juin – septembre – décembre)

Depuis une vingtaine d'années, le stress et le traumatisme mobilisent une attention croissante de la part de praticiens, de chercheurs, de décideurs, en relation avec l'évolution d'une société de plus en plus sensible à la souffrance psychique. Depuis les attentats de l'année 1995, la médiatisation des douleurs psychiques des victimes ont suscité leur prise de conscience. Les personnes traumatisées expriment plus facilement leurs souffrances, le traumatisme est de mieux en mieux reconnu et accepté. Quant au stress, il jouit d'un engouement certain, mais il importe de produire un éclairage scientifique à ce terme trop souvent fourre-tout.

Le stress et le trauma intéressent donc le médecin, le psychologue, l'infirmier, l'éducateur, mais aussi le magistrat, le responsable des ressources humaines et le politique. L'entreprise également doit maintenant en tenir compte dans la gestion du personnel, l'État dans ses devoirs concernant la solidarité nationale. Les institutions de soins sont amenées à repenser les façons d'aborder les personnes stressées ou traumatisées.

Depuis novembre 2000, **Stress & trauma** est la première en langue française. Elle est un lieu d'expression de professionnels et de chercheurs d'horizons divers (psychiatrie, psychologie, sociologie, histoire, milieu professionnel...) et d'origines diverses (France, Belgique, Suisse, Canada...) qui nous aident à mieux cerner les multiples aspects de ces phénomènes.

Stress & trauma se veut donc un lieu de débats pluridisciplinaires, tout en respectant une nécessaire rigueur scientifique.

François Lebigot

Au sommaire du prochain numéro
Septembre 2010 – Tome 10 – N° 3

Avec les contributions, entre autres, de :

Yann Auxéméry, Elodie Jacquelet, Barbara Houbre, Geneviève Fidelle,
« Révélation d'une psychose chronique après une traumatisme psychique »

Tristan Foulliaron, « Les nébuleuses de la maltraitance »

Yolande Govindama, « Une approche anthropologique et clinique des traumatismes sexuels »



- ABONNEMENT 2010 -

À retourner à TPMA - Stress & Trauma - 40 avenue Saint-Jacques - 91600 Savigny-sur-Orge

Abonnement individuel

France, Europe : 76 €

Autres pays : € 90 / US\$ 120

Étudiants, professions paramédicales,

Membres des sociétés de parrainage : tarif préférentiel

France, Europe : 55 €

Autres pays : € 55 / US\$ 65

Établissements, Bibliothèques, Personnes morales

France, Europe : 104 €

Autres pays : € 120 / US\$ 120

Index et commande des anciens numéros :

st.tpma@yahoo.fr

dans la limite des stocks disponibles

Prix au numéro : 26 €

Je m'abonne à **STRESS & TRAUMA** pour 2010 (Tome 10, N° 1 à 4) au tarif indiqué ci-dessus et règle

par carte bancaire n°/...../...../...../...../

3 derniers chiffres au verso de ma CB Date d'expiration : /...../...../ Date et signature :

par chèque bancaire à l'ordre de TPMA

par virement bancaire

Au compte n° 10207 / 00031 / 21213049880/38

Banque Populaire BICS, 113 Bld Aristide Briand, F – 91600 Savigny-sur-Orge

IBAN : FR76 1020 7000 3121 2130 4988 038 / SWIFT : CCBPFRPPMTG

Nom : Prénom : Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Tél. : Fax : Courriel :

Facture souhaitée