

Dr Henri Gomez*

* Association de recherche clinique et d'entraide en alcoologie et addictologie de la Haute-Garonne (AREA 31), Toulouse, France.

Courriel : gomez.henri@wanadoo.fr

Reçu août 2008, accepté novembre 2008

L'intérêt du "hors objet" en alcoologie

Résumé

Pour le sujet devenu dépendant, l'alcool peut être assimilé à l'objet, au sens analytique, et l'acte de boire à la relation d'objet. Cet objet et la réalité de la dépendance n'ont pas à réduire le soin à l'obsession d'abstinence, image en miroir de l'alcoolisation irrépressible. Le patient doit être aidé dans un processus de changement qui s'inscrit dans la durée. Plusieurs voies convergent pour accomplir le détachement de l'objet alcool. Le soin ne consiste pas seulement à remplacer une molécule par une autre ou à corriger des comportements inadaptés. Aider la personne à se connaître ne suffit pas non plus. L'accompagnement vise aussi à faire évoluer sa philosophie de vie. Le temps sans alcool reste une référence constante, habituellement revisitée, mais l'axe du soin se déplace en dehors du champ de l'alcoolisation. Il fonde la relation d'aide après l'alcool.

Mots-clés

Conception – Objectif du soin – Contenu du soin – Hors objet.

Summary

The value of "non-object" in addiction medicine

For dependent subjects, alcohol can be considered to be an object, in the analytical sense, and the act of drinking represents the relationship to this object. This object and the reality of the dependence must not reduce management to an obsession to achieve abstinence, a mirror image of uncontrollable alcohol abuse. The patient must be helped in a long-term process of change. Several approaches converge to achieve detachment from the alcohol object. Treatment does not simply consist of replacing one molecule by another or correcting inappropriate behaviour. It is also not sufficient to help the individual achieve a better self-knowledge. Therapy must also help the individual change his/her life philosophy. The time without alcohol remains a constant reference, usually revisited, but the axis of care shifts away from the field of alcohol abuse and forms the basis for the helping relationship after alcohol.

Key words

Design – Treatment objective – Content of care – Non-object.

"Ce n'est pas tout de boire, il faut sortir d'ici"

Jean de la Fontaine, Livre III, fable V :

Le renard et le bouc

L'objet alcool a une place déterminante dans les comportements et la vie du buveur. Doit-il en être de même pour le soin ?

Les trois options face à l'objet alcool

Trois attitudes thérapeutiques se distinguent en alcoologie, selon la place accordée à l'objet alcool.

Organiser le soin autour de la nocivité de l'alcool

Présentement, une première option a les faveurs d'une majorité de soignants. Elle consiste à déduire le soin de la nocivité de l'alcool, dans la continuité du discours de prévention. Des diagnostics conformes à la nomenclature psychiatrique sont posés. Des solutions pharmacologiques en découlent, tant pour l'appétence à l'alcool que pour des troubles de l'humeur étalonnés. La consommation d'alcool est le cœur de cible. Des "entretiens motivationnels" succèdent à des "interventions brèves" où l'usage de l'alcool a été abordé. Ils précèdent le sevrage pour un hypothétique projet de

consommation contrôlée ou d'abstinence de nécessité, maintenue par défaut. Force est de reconnaître qu'un discours centré sur le(s) produit(s) ou sur les "conduites" est ennuyeux, pour les soignants comme pour les soignés tant soit peu dotés d'imagination. En pratique, le suivi s'efforce de gérer les "rémissions" et les reprises d'alcool en s'occupant des distorsions cognitives et des comportements inadaptés. Il repose sur des temps institutionnels réitérés au cours desquels des équipes diversifiées font valoir leurs compétences. Les centres de soins publics ont mission de prendre en charge toutes les addictions, ce qui a pour effet d'occulter l'absence de filière alcoologique cohérente dans le champ libéral, qui voit plus de 80 % des patients. Le recul manque pour apprécier l'impact de cette politique avec laquelle nous ne saurions nous accorder, tant elle contredit les besoins et manifeste un manque d'ambition.

Négliger la consommation d'alcool

L'option inverse, critiquée à juste titre, est de sous-estimer l'impact de l'alcoolisation. L'alcool a le statut d'un symptôme tant que l'alcoolique a le bon goût de laisser la bouteille de côté. Il n'est pas rare que l'alcoolique boive avant la consultation pour se donner du courage. L'utilité des entretiens est compromise dans cette situation, car c'est alors la part alcoolique (1) du patient qui s'exprime. Les verres de récompense consécutifs à l'entretien entravent aussi l'élaboration psychique. Ils favorisent la stagnation de la relation thérapeutique et son interruption à plus ou moins court terme. Le travail psychique requiert, par conséquent, de travailler avec un patient habituellement abstinent. Il est logique de neutraliser préalablement l'alcoolisation car elle arme le déni, brouille le discernement et réduit la mémoire à un récit répétitif. Cependant, nombreux sont les alcooliques qui témoignent de souffrances accessibles à la mise en mots, alors que l'alcool n'a pas encore envahi leur univers psychique. Une analyse aménagée va aider ces patients à penser leur histoire et leur ressenti, pour autant qu'elle ne leur fournisse pas, par l'effet d'une compassion pédagogique, un "prêt à penser" destiné à déterminer l'incompréhensible. Il est indiscutable que de tels patients seront mieux préparés que les autres à s'investir dans un accompagnement alcoologique, quand l'emprise de l'alcool ne pourra plus être ignorée. Certains vivent plutôt bien, si on fait abstraction de l'entourage, en tout cas longtemps, le clivage entre la part adaptée d'eux-mêmes et l'autre part qui boit.

Mais ces deux approches – priorité au produit, priorité aux représentations psychiques – s'adressent-elles aux mêmes patients, et, surtout, aux mêmes moments de leur parcours ?

Une troisième voie : l'accompagnement après l'alcool

Une troisième option, non exclusive des deux autres, vise à privilégier l'accompagnement, et donc l'après alcool, pour aider le patient à persister dans l'abstinence et à changer véritablement sa façon de vivre. Elle s'efforce de s'inscrire dans la durée. Elle a besoin d'un cadre pérenne et accessible. Cet accompagnement doit prendre forme en médecine de ville, en amont et en aval des temps d'hospitalisation éventuels. Or, pour l'heure, selon une formule de Gonnet, l'alcoologie reste une discipline de sous-médecins pour des sous-malades (2). Aujourd'hui, les conditions d'une alcoologie libérale spécialisée ne sont pas réunies, pas même à l'état d'ébauche. Les rapports précèdent les projets de lois qui induisent d'autres rapports pour d'autres projets de loi.

L'accompagnement couvre les trois temps de l'alcool : le "pendant", le "sans" qui permet de s'intéresser à "l'avant", tout en visant le "hors" alcool. Les moyens utilisés ne sont pas exclusifs les uns des autres. Nous ne plaidons pas spécialement pour une approche "intégrative" (3). Cependant, aucune technique de soin ne justifie d'écarter les autres, eût-elle les faveurs de la mode. Chaque soignant, chaque équipe ont tout loisir d'évoluer dans leur savoir, leur savoir-faire et leur savoir-être. Au temps de l'accompagnement, l'alcool n'est pas diabolisé. Il est, peu à peu, dépouillé de ses attributs illusoire. Il est plutôt vu, par un alcoolique qui ne boit plus, comme le sifflet de l'arbitre. Il se fait entendre s'il y a faute. Le retour à une consommation contrôlée n'est pas la préoccupation du soin. L'alcool n'est plus au centre du débat. Le soin a d'autres objectifs.

Une abstinence solide n'est pas l'équivalent d'une résignation triste. Elle suppose un processus d'acceptation à la façon d'un deuil réussi, ce qui demande du temps et un travail psychique. Le produit n'est pas banni de la culture de l'alcoolique abstinent comme en témoigne une pratique concomitante de "convivialité plurielle". Il donne ainsi l'exemple du droit à la différence. La connaissance de sa problématique comporte le décryptage des significations symptomatiques de l'alcoolisation, l'approfondissement continu de la connaissance de soi, y compris pour la part addictive de sa personnalité. Elle suppose l'identification des autres facettes de la problématique alcoolique, notamment systémiques, économiques, politiques et culturelles.

L'objectif central du soin vise l'acquisition d'une sagesse adaptée au sujet. En effet, l'alcoolique est confronté à un paradoxe : son incapacité à boire "comme tout le monde" le conduit à une triple remise en cause concernant son

monde intérieur, le monde tel qu'il est, et le monde tel qu'il est présenté. Une préoccupation non marginale : le soin doit être plaisant.

Les malades associant plusieurs addictions aux substances psychoactives et présentant des états psychiatriques, trop "lourds" pour être traités dans un cadre ouvert, relèvent souvent de temps et de lieux différents. Le double ou triple sevrage simultané (alcool, tabac, cannabis) n'est pas une utopie, mais il serait présomptueux de l'instituer en référence opposable à l'ambivalence du patient. Une pathologie organique évolutive ne justifie pas toujours un temps séparé spécifique.

Les composantes du "hors objet"

Comment détourner le buveur de son obsession de boire ? Comment éviter, pour une raison ou une autre, ou sans raison, qu'il retrouve l'alcool et sa cohorte de conséquences plus ou moins catastrophiques ? Comment véritablement en faire une personne d'exception, lui qui ne peut boire comme tout le monde ? Plusieurs voies convergent pour aider au détachement de l'objet alcool : - s'intéresser à l'histoire du sujet ; - atténuer sa souffrance narcissique ; - prendre en compte ses difficultés propres ; - parier sur une intelligence et une éthique partagées ; - lui donner des clés pour bien vivre sans boire. Elles fondent l'alliance : le lien d'accompagnement.

S'intéresser à l'histoire du sujet

Tout soin alcoologique doit commencer par l'histoire du patient. L'histoire ne se résume pas au temps de l'alcool, aux manquements et aux écarts de conduites des ascendants sous l'effet de l'alcool. L'expérience montre que le meilleur résultat s'obtient par des entretiens plus ou moins orientés, réalisés par celui qui aura la charge du lien d'accompagnement. Ce temps peut s'effectuer en direct, lors de l'observation initiale, par le moyen d'un ordinateur portable, avec une mise au propre différée, assortie d'une synthèse pour dégager les éléments-clés de l'histoire. Le tout sera la base d'une mémoire partagée, périodiquement complétée.

Atténuer sa souffrance narcissique

Le style relationnel est donné par le soignant. La rencontre doit être un plaisir soutenu par l'éthique. Le respect de l'autre mais aussi le respect de soi établissent la bonne distance et la bonne hauteur. La compassion serait trop proche d'un mépris sublimé. L'empathie suffit. L'interven-

tion des pairs constitue une force inégalée, sous réserve de supervision, pour traiter du temps de l'alcool et de son dépassement. Il est essentiel que les débutants puissent disposer de l'aide et des repères de ceux qui ont su prendre le recul nécessaire. Plusieurs équipes savent utiliser les ressources d'intervenants associatifs attachés à la structure de soin (4) pour réduire les sentiments d'indignité, de honte, de culpabilité, de dévalorisation qui se rattachent à la condition d'alcoolique.

Prendre en compte ses difficultés propres

L'alcoolique est multiple malgré les aspects psychopathologiques qui fondent la clinique et les ressemblances consécutives aux modes d'alcoolisation. Plutôt que d'opposer des buveurs normaux aux buveurs affectés par une comorbidité psychiatrique, il est plus fécond de distinguer les différents traits psychopathologiques de chaque patient :

- l'importance et les formes du déni, autre mot pour désigner la cécité qui l'affecte en matière de corps, de cœur, et de tous ces jolis mots traduits du grec avec un "a" privatif ;
- le clivage et l'ambivalence de sa personnalité ;
- les souffrances impensées ou tues ;
- l'importance et le type de ses troubles narcissiques ;
- l'état de sa libido, c'est-à-dire de ses envies et de ses désirs ;
- les autres addictions, sans négliger, évidemment, la force de la compulsion pour le produit...

Il pourra ou non en résulter une prescription.

L'inventaire du système relationnel, les façons dont le sujet vit son entourage, et dont l'entourage le vit, ne peuvent être négligés. Il faut parfois du temps pour en faire le tour. La situation matérielle intervient, souvent de façon préoccupante : pas de stabilité professionnelle, peu ou pas d'argent, pas de logement convenable, pas de formation opérationnelle, isolement ou environnement problématique. Pour autant, l'alcoologie ne saurait se confondre avec un volet de la médecine sociétale.

Parier sur une intelligence et une éthique partagées

Il va falloir parier sur des ressources intellectuelles et morales qu'il n'est pas toujours aisé de mesurer d'emblée. Il va falloir cependant encourager et organiser les capacités du sujet. L'alcoologue ne doit pas hésiter à faire l'avance de ce qu'il sait et de ce qu'il découvre pour recevoir en retour. Le soignant doit se risquer pour que son interlocuteur abandonne à son tour la pensée convenue et qu'il s'im-

plique lui aussi. La relation de soin s'apparente alors à un échange inégal où chacun reçoit plus que ce qu'il donne, dans la mesure où intervient une part d'élaboration personnelle par le jeu de la relation. L'alcoologue n'est pas celui qui parle de l'alcool. Il est celui qui, tout en montrant qu'il sait de quoi il est question, parle de tout autre chose, indispensable à une vie sans alcool.

“On ne voit bien qu'avec le cœur”, dit le renard du *Petit prince* (5). C'est le cœur qui rend intuitif, créatif : intelligent, en un mot. À l'instar de l'enfant qui convoite le jouet de son voisin et qui l'en détourne, en feignant de s'amuser avec un bout de ficelle, le soignant peut capter l'attention du patient alcoolique en parlant d'autre chose que d'alcool ou en se servant de l'alcool pour aborder l'important. L'alcoologue doit être ainsi prêt à donner sa réponse à toute question à laquelle le buveur a répondu en s'alcoolisant. Cela exige une ascèse personnelle. La relation avec les alcooliques, en particulier dans le cadre du travail d'accompagnement en groupe (où il s'implique comme soignant mais aussi comme sujet), peut l'aider à tenir ce cap.

Lui donner des clés pour bien vivre sans boire

L'objectif étant d'aider le patient à disposer de la meilleure vie possible, il va de soi qu'une partie décisive du travail de l'équipe soignante est de lui donner des clés, imaginées par exemple en trousseaux, pour bien vivre sans boire. Nous aurons l'occasion dans une prochaine publication de présenter de quoi sont constitués nos sept trousseaux de clés, l'anneau commun à chaque trousseau étant bien évidemment l'abstinence. Nous distinguons : - le rapport au temps ; - le rapport à l'acte ; - la recherche de sens ; - la mise en jeu du corps ; - la pratique du discernement ; - l'évolution de l'affectif ; - l'expression de la créativité.

Le psychisme à l'exemple d'un livre

L'une des fonctions de soin est bien de détricoter un tissu psychique où les affects sont inextricablement liés à l'alcool, de les délier et d'inciter à les relier à d'autres objets. Un premier piège est de considérer excessivement le produit, un second piège est de se centrer exclusivement sur la personne, le risque étant alors de favoriser une nouvelle forme de narcissisme. Bayard nous ouvre une piste originale en utilisant l'image du livre (6). Pour avancer dans la relation, il est indispensable de continuer à découvrir le “livre intérieur” du sujet : ses références et son système de représentation. Nous rencontrons le patient à partir d'un “livre collectif”. Celui-ci est fait de ce qui nous est commun

du point de vue de l'expérience, des connaissances, de la morale et des préjugés. Le travail du groupe (7, 8) est à l'origine d'un autre livre collectif, représentatif de la réflexion et de la mémoire de l'association rattachée à la structure de soin. Il contribue à fonder une éthique d'entraide, de résistance et d'ouverture d'esprit : celle du “non-boire”. L'appropriation inégale dont il fait l'objet contribue à doter chaque participant – acteur de l'accompagnement – d'un livre intérieur unique mais évolutif.

Dans le soin ainsi défini, l'alcool reste en filigrane. Le suivi est à l'origine d'un lien interactif où chacun apporte ce qu'il croit bon pour la relation de soin : un galet rond et peint, un buste de terre cuite, une peinture pointilliste, des références de livres ou de films, les *Variations Goldberg* de Jean-Sébastien Bach (BWV 988) par Zhu Xiao-Mei ou des haricots frais du jardin. Après l'alcool, chaque patient est incité à enrichir à son compte sa “bibliothèque virtuelle”. Il s'est exercé et il est désormais habitué au devoir de penser par soi-même au contact des autres et du réel. Il peut se détacher du soin.

Le “hors objet” représente ainsi une aide pour l'accompagnement des personnes alcooliques. Il sous-tend une conception du soin qui dépasse le cadre médical. Il participe au plaisir de la relation, tout en faisant évoluer soignants et soignés. Il accouche d'une praxis (9) élargie et renouvelée : une sagesse adaptée à la condition des alcooliques, dont pourrait s'inspirer tout un chacun, confronté aux effets de la pensée unique. ■

H. Gomez

L'intérêt du “hors objet” en alcoologie

Alcoologie et Addictologie 2009 ; 31 (2) : 163-166

Références bibliographiques

- 1 - Monjauze M. La part alcoolique du soi. Paris : Dunod, 1999.
- 2 - Gonnat F. Postface. In : Gomez H. L'alcoolique, les proches, le soignant. Paris : Dunod, 2003.
- 3 - Marc É. Le changement en psychothérapie. Approche intégrative. Paris : Dunod, 2002.
- 4 - Gomez H, Harant A, Clerc R. Intervenant associatif au sein d'une structure d'alcoologie. Rôle et Statut. *Alcoologie et Addictologie* 2005 ; 27 (4) : 297-301.
- 5 - de Saint-Exupéry A. Le petit prince. Paris : Gallimard Jeunesse, 2007.
- 6 - Bayard P. Comment parler des livres que l'on n'a pas lus. Paris : Les Éditions de Minuit, 2007.
- 7 - Gomez H. Le groupe de parole, médiateur du lien thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (2) : 141-145.
- 8 - Gomez H, Garipuy J. Le groupe de parole, référentiel du soin alcoologique. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (2) : 125-130.
- 9 - Gomez H. Le guide de l'accompagnement en alcoologie (Glossaire). Paris : Dunod, 2007.