

Dr Henri Gomez\*

\* Psychiatre alcoologue, Association de réflexion et d'entraide en alcoologie – AREA 31, 53, rue de Cugnaux, F-31300 Toulouse.

Courriel : henri.gomez.31@wanadoo.fr

Reçu août 2016, accepté avril 2017

# Les déterminants de l'efficacité thérapeutique en alcoologie

## Résumé

Les déterminants de l'efficacité thérapeutique justifient une réflexion approfondie entre personnes concernées par l'alcoologie. Chaque patient peut être pensé comme une équation complexe. Les facteurs intervenant dans la problématique sont à considérer, notamment la psychopathologie sous-jacente, le contexte sociétal et culturel. Il n'est pas facile de définir ce qu'est un bon résultat, tant les populations sont hétérogènes. Les réalcoolisations peuvent avoir des impacts différents, selon leur contexte. Dans l'appréciation d'un résultat, le critère temporel est à considérer. Il recouvre des significations possiblement différentes, à court, moyen et long termes. Les moyens psychothérapeutiques ne peuvent être mis à la disposition de tous, en raison de leur absence de couverture sociale et du fait de l'absence d'études affinées permettant d'en évaluer l'influence respective et synergique. L'efficacité du dispositif, de chaque soignant et de l'équipe, au sein de laquelle les aidants ont leur rôle, est un autre aspect. Le groupe intégratif est un outil d'accompagnement et de formation qui mériterait d'être privilégié. La "psy-alcoologie" de ville n'est pas reconnue par les pouvoirs publics. Le monde politique devrait s'intéresser plus au phénomène addictif.

## Mots-clés

Déterminant – Efficacité – Alcoologie – Psychothérapie – Évaluation.

Créer les conditions d'une réflexion entre "acteurs du champ" autour des "déterminants de l'efficacité thérapeutique" (1) peut favoriser, pour l'alcoologie, la redéfinition d'une politique de santé justifiant cette ambition.

Le mot "déterminant" incite à s'interroger, en dehors de tout "traitement", sur l'histoire naturelle de la problématique. Ainsi, le cours de l'addiction alcoolique se

## Summary

**Determinants of therapeutic efficacy in alcohol use disorder**  
Determinants of therapeutic efficacy require in-depth reflection by actors working in the field of alcohol use disorders. Each patient may be thought of as a complex equation. Underlying psychopathology, social and cultural environments represent intervening factors to be considered. Good results are difficult to define, given that populations are heterogeneous. Alcohol re-consumption can have different impacts, according to its context. When evaluating results, temporal criteria must also be considered. Their significance can be very different in the short, medium or long term. Psychotherapy is not available to everyone, since it is not covered by government insurance. There is a lack of studies evaluating their particular and synergistic influences. The efficacy of a program, of each caregiver and of each team, where family caregivers play a role, is another aspect. Interactive groups represent an important means of accompanying and training patients that should be given priority. Outpatient "psychiatry and alcoholology" is not recognized by the government. Politicians should take more interest in addictions issues.

## Key words

Determinants – Efficacy – Alcoholology – Psychotherapy – Evaluation.

décline diversement, selon les générations concernées, le profil psychique, le statut addictif, le contexte culturel et sociétal. Cet inventaire est un préalable si l'on veut apprécier l'impact réel des "traitements" possibles.

Le concept d'efficacité thérapeutique s'applique-t-il à la consommation ou à la personne ? Il se distingue de celui d'efficacité qui place au premier plan la notion des coûts financiers et sociaux.

Le terme d'efficacité doit être rapporté à son objectif. Or, ce dernier varie énormément selon l'état de la relation à l'alcool au moment de la première rencontre avec le thérapeute. L'objectif peut se limiter à une information approfondie et dialoguée dans le but de rendre un jeune plus lucide sur les risques des consommations festives, après l'alerte de plusieurs ivresses rapprochées. En cas de pertes de contrôle répétées, suivies d'actes dommageables, il s'agit avant tout de peser sur les comportements à risque, fût-ce en s'appuyant sur une "obligation de soin". Dans l'éventualité banale d'une polytoxicomanie, c'est plutôt l'ordre des priorités – en s'occupant pour commencer de l'addiction la plus préoccupante – qui sera discuté. Si la dépendance alcoolique est devenue manifeste, sans ou avec son cortège de conséquences, l'un des objectifs est de prendre la mesure du déni éventuel et de faire accepter, rapidement ou à terme, la nécessité de l'abstention d'alcool. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable de s'intéresser à la personne, à son histoire, à son fonctionnement mental, de faire lien. Il est souhaitable, tout en suspendant le symptôme, de le faire "parler" pour le rendre intelligible. Après quoi, se posera le problème de rendre la personne plus résistante à la "solution alcool", de l'accompagner, afin qu'elle devienne maîtresse de "ses vies", pour reprendre le pluriel proposé par les Alcooliques anonymes.

L'efficacité des actions de soin mises en œuvre est un autre aspect de la question. Elle interroge l'offre de soin, son organisation, les outils mobilisés et leur évaluation. Elle pose la question de son réel impact sociétal, en l'absence de changement politique favorable.

Cette contribution livrera sans doute plus de questions qu'elle ne fournira de réponses, dans la mesure même où nombre de ces dernières ne disposent pas d'étayages scientifiques ni de moyens pour en affirmer la validité. Rédigée avant la tenue des Journées de la Société française d'alcoologie de mars 2017, elle répond au désir de livrer une réflexion déduite d'une pratique de ville, en lien avec une association de bénévoles issus du soin.

## **Les déterminants de la problématique alcoolique**

Le lieu dont on parle – ce que François Perea (2) nomme le pré-discours – intervient dans la forme et l'impact éventuel du propos.

En décembre 2015, lors de la journée annuelle de l'Association de réflexion et d'entraide en alcoologie – AREA (3), deux points avaient été mis en exergue : chaque patient peut être pensé comme une équation complexe ; l'efficacité est une donnée contextuelle et relative. En clinique humaine, ajoutons-nous, "*le vrai et le faux cohabitent souvent, le vrai peut devenir faux, le faux devenir vrai*". Un "bon résultat" peut se manifester rapidement et durablement, demander un "temps d'infusion" supplémentaire, selon une formule d'Henri Michaux, ou ne survenir jamais. Une ré-alcoolisation tardive, après 15 ans et plus d'abstention d'alcool, ou une alcoolisation "de plus" peut se révéler dramatique ou bénéfique, selon l'absence ou l'existence d'une relation d'aide instaurée ou par l'effet d'une rencontre, telle celle conduisant à la ré-alcoolisation tardive d'Albert Quentin alias Jean Gabin dans *Un singe en hiver* (4). Les changements du personnage dans sa relation à l'alcool – soulignons-le – ne doivent rien au soin.

Le facteur sociétal et culturel a toujours joué. Longtemps, le vin et le tabac ont été les produits d'addiction des Français. Ils sont aujourd'hui précédés ou complétés par les abus du numérique et des écrans, la surconsommation alimentaire, le cannabis et un éventail éclectique de substances psychoactives, pour partie prescrites. L'impact des désorganisations familiales précoces s'ajoute aux situations d'abandon et de maltraitance, qui ont toujours existé, largement sous-évaluées. L'effacement du système éducatif public, le recul des sciences humaines au profit de l'attraction consumériste et technologique ajoutent leurs effets. Ces dix dernières années ont confronté les praticiens à une progression inquiétante des décompensations psychiques d'origine professionnelle (5). Les modes et contenus d'information dominants des médias, la pression des groupes d'appartenance – y compris au sein des grandes écoles – facilitent les comportements égo-grégaires, dénoncés par Dufour (6). Le "digitalisme" est le terme choisi par Bernard (7) pour désigner l'inflation du numérique. Le phénomène tend à reconfigurer, dans le sens de la déréalisation et de l'instabilité, les comportements, les modes de pensée et les relations entre les personnes. Il est habituel aujourd'hui de voir un enfant absorbé par un jeu vidéo accroché à son poignet, calme et silencieux dans la salle d'attente, pendant la consultation de son parent. À moins de pratiquer nous-mêmes le déni, il est facile d'admettre que notre société est de plus en plus addictogène, ce qui pèse directement sur l'efficacité thérapeutique.

L'impression que nous pouvons avoir comme cliniciens est qu'un facteur déterminant essentiel réside dans la psychopathologie sous-jacente. Le diagnostic d'une pathologie psychiatrique, telle une bipolarité, a l'avantage de laisser espérer qu'un traitement adapté peut changer le cours de l'histoire. En revanche, il n'existe pas de molécule ou de thérapie brève pour contrôler les distorsions narcissiques, les aménagements pervers, les déstructurations psychoaffectives des organisations-limites les plus manifestes ou, plus banalement, le recul de l'esprit critique et de l'éthique personnelle. Une comorbidité psychiatrique peut seulement devenir latente.

Nombre de personnes alcooliques – y compris les plus “normales” – fonctionnent psychiquement sur un mode duel, avec une part “saine”, adaptée, qui explique leur position sociale parfois enviée, et une part en souffrance, celle qui a soif, pourrait-on dire. Ce clivage de la personnalité a subtilement été théorisé en “part alcoolique” par Monjaube (8). Ce constat psychodynamique a un envers positif qui fait défaut aux dépressifs : l'arrêt net de l'alcoolisation – surtout s'il se complète d'un “travail sur soi” par le biais d'une psychothérapie individuelle et de groupe ou/et par des investissements personnels appropriés – transforme la vie du sujet. Le pari sur les ressources personnelles du sujet est l'une des raisons d'être de l'accompagnement.

Dans notre expérience qui rejoint, semble-t-il, des constats plus récents (9), il ne suffit pas de parler d'alcool à quelqu'un en difficulté avec l'alcool pour qu'il entende. Et ce n'est certainement pas en popularisant la notion de consommation contrôlée – d'autant plus désirée qu'elle n'est plus d'actualité pour le sujet – que nous aiderons aux prises de conscience et remises en question. Donner du temps, construire un discours intelligent, une relation de confiance peut faire trace très rapidement ou des mois ou des années plus tard. La situation qui exigera le plus de patience, en comportant des discontinuités dans le suivi, est celle des dépendants qui ont encore le pouvoir de faire des pauses et de “gérer” leur consommation, les effets collatéraux, familiaux, professionnels et autres – physiques notamment – de la “gestion” étant alors minimisés.

À un moment, le sujet se verra dans la nécessité de “faire quelque chose” et c'est seulement alors que la question de l'efficacité thérapeutique prendra sens pour lui.

## L'impact du soin chez les sujets devenus dépendants

---

Sur quels critères identifier l'impact du soin ? La relation à l'alcool est le critère le plus aisé à considérer à court, moyen et long termes. L'évolution du vécu et de la vie relationnelle est une autre affaire.

Une ré-alcoolisation rapide, après sevrage, n'est pas forcément équivalente d'un échec de la “cure”, si la relation de soin maintenue donne lieu à un changement de stratégie thérapeutique, le patient acceptant ce qu'il avait refusé auparavant.

Un bon résultat, maintenu pendant plusieurs mois ou même quelques années, manifeste assez souvent une position réaliste face à l'addiction. La pensée est opératoire, confortée par la présence rassurante d'un “codépendant” maternel. Une mise en latence provisoire de l'addiction peut durer des années. Le “résultat miraculeux” ne bénéficie pas d'un travail d'élaboration psychique. L'aptitude du sujet à élaborer, à “réparer les trous”, dépend de sa curiosité intellectuelle et de ses capacités de symbolisation, de son humilité également. Une simple impulsion, en deux ou trois entretiens, peut suffire à libérer le sujet du carcan addictif. Le soignant le saura, fortuitement ou non, à des années de distance. Souvent, la tâche du soignant consiste à reprendre un tissu psychique qui reste fragile, à retrouver la trame à la façon de Pénélope.

L'absence du travail d'élaboration psychique, a priori facilité par l'accompagnement en ateliers ou en groupe, peut déboucher sur des catastrophes différées.

Des reprises d'alcool, plus modérées ou plus discontinues, peuvent, avec l'opiniâtreté du patient à persister dans le soin, ou à la faveur d'un événement imprévisible, déboucher sur un résultat satisfaisant en termes de maîtrise de la consommation, mais plus encore en matière de progrès psychiques et relationnels.

Une ré-alcoolisation peut ou non se rattraper assez facilement si le sujet a suffisamment “travaillé” sur lui-même et, surtout, si le cadre qui a garanti le résultat d'ensemble reste disponible.

Un nombre non négligeable de patients alcooliques ou polyaddictés choisissent de gérer leur consommation,

utilisant le suivi à cet effet, acceptant leurs déboires, gardant l'essentiel de la maîtrise de la vie choisie.

D'autres bénéficient de "rémissions", par l'effet de cures répétitives et/ou d'un suivi insuffisant, jusqu'au jour où une "mauvaise nouvelle" arrive... Doit-on rappeler que le taux de suicide chez les alcooliques est près de trois fois supérieur à la population générale ?

À quel moment, pourra-t-on considérer que l'on tient un "bon résultat" ? Ne doit-on pas le considérer par rapport à la situation de chaque patient au commencement du soin ? Encore une fois, les progrès dépendent beaucoup de la configuration psychique, des traumatismes enfouis, de la constellation affective et du contexte de chaque personne. Si le court terme (de zéro à trois mois ?) se rapporte avant tout à la "motivation", le long terme (au-delà de cinq, dix, 15, 20 ans ?) fait intervenir l'histoire naturelle de l'addiction et le soubassement psychoaffectif. C'est sans doute l'analyse des résultats sur le moyen terme qui donne la meilleure idée de ce que peut apporter la dimension de l'accompagnement thérapeutique. Dans notre expérience, le moyen terme prend une signification à un, trois et cinq ans. Quelles sont les structures qui peuvent distraire de leurs activités le temps et les moyens immobilisés par ce suivi, pourtant si intéressant sur les plans clinique et économique ?

Ce que nous avons pu dire de la problématique alcoolique explique notre prudence pour mettre en avant les "bons" résultats et ce qui revient en propre au soin lui-même. Il est plus facile d'évoquer ce qui ne marche pas : le je-m'en-foutisme, les préjugés, les jugements, la psychorigidité, les défenses des soignants, la discontinuité structurelle de la relation d'aide. Ce qui marche n'est pas garanti : un médicament peut ou non se révéler utile, l'implication d'un soignant qualifié peut se révéler vaine, un séjour peut avoir un effet magique ou s'avérer décevant, un patient décourageant peut changer du tout au tout alors que plus personne ne croit en ses chances, une opportunité peut se révéler décisive alors qu'elle était imprévisible... Comme le disait souvent François Gonnet : *"tant qu'un alcoolique est vivant, tout est possible"*.

## Les traitements comme déterminants

L'un des risques du débat est que chacun voit midi à sa porte ou – ce qui revient au même – qu'il privilégie son regard de pharmacologue, de chercheur, de statisticien,

de gestionnaire, d'économiste, de thérapeute rompu à une technique... au détriment de "l'objet" clinique : le sujet et son entourage. Pour un soignant, les constats et les objectifs diffèrent selon sa place, le moment de son ou de ses interventions dans le parcours souvent erratique de la personne en cause.

Il n'est pas possible d'é luder la question des "conflits d'intérêt", à des degrés divers et de façon non exhaustive, entre : les industriels et les experts choisis pour les études, sans doute, les ministères du Budget, de l'Économie et de la Santé, plus encore, les "pouvoirs de tutelle" et les professionnels de santé, à l'évidence, les hospitaliers et les praticiens de ville, accessoirement, les soignants et les aidants, réunis pour tirer avantage de la complémentarité, des synergies et du compagnonnage de fait.

En soi, la conflictualité n'est pas à éviter si elle trouve son aboutissement dans un dialogue ouvert, ayant le souci d'aboutir à des solutions constructives. Le consensus devient alors un facteur de cohésion et de dynamique au terme d'un débat équilibré.

Certains déterminants échappent aux "études scientifiques" pour une raison décisive : l'absence de financement. De grosses sommes d'argent peuvent être mobilisées pour étudier les produits de l'industrie pharmaceutique. Aucune étude n'a permis de distinguer précisément dans les diverses méthodes psychothérapeutiques "ce qui fait soin", pour quoi et pour quelle durée. La synergie d'un suivi individuel et d'une implication au sein d'un groupe de parole, d'un "atelier", d'une association n'a pas été examinée, alors qu'il semble acquis, si l'on se réfère à son expérience de soignant, que c'est en donnant que l'on reçoit et en s'impliquant que l'on progresse le mieux. Les "trous" n'existent pas qu'en astrophysique. Nul ne peut négliger les facteurs sociaux, tels que l'attribution d'un logement, gage de sécurité, ou un emploi adapté. L'accompagnement soignant ne peut que conforter la patience et la ténacité, à moins de disposer d'un bon carnet d'adresses.

### *La question des "outils"*

Les techniques et méthodes peuvent donner lieu à des plaidoyers pro domo et à des querelles tout aussi stériles que souvent fondées. Quelques observations peuvent cependant retenir l'attention du lecteur.



Une évidence tout d'abord : l'absence de dispositif de "psy-addictologie" de ville, sur le mode de la filière existant en médecine praticienne pour les pathologies somatiques. Lacune complémentaire : le manque de psychiatres suffisamment éclectiques pour associer l'aspect individuel de l'accompagnement et un investissement collectif par l'animation, au minimum, d'un atelier ou, mieux, d'un groupe de type intégratif, facilitant la transition vers le "hors alcool".

Une question taboue et cependant omniprésente pèse sur la relation thérapeutique : celle de l'argent. Qu'il s'agisse d'une première rencontre, d'un entretien d'histoire, de consultations à contenu psychothérapique, d'entretiens conjugaux ou familiaux, le temps nécessaire est en moyenne de 45 minutes, une bonne et simple consultation de suivi tient en 30 minutes. Ces moments cliniques demandent concentration et adaptation de la part du soignant. De brèves pauses sont nécessaires, dans l'intervalle de deux temps forts, ne serait-ce que pour relire les notes et les mettre en forme, en vue de les transmettre au consultant, comme "mémoire partagée". Sous-payer ce type d'implication et le temps passé incite plus à l'abattage qu'à la conscience professionnelle.

Et que dire de l'absence de prise en compte par la collectivité du travail des psychologues cliniciens et des psychothérapeutes indispensables au fonctionnement de l'équipe ? Il en est de même pour les ateliers et les séances de groupe de parole qui permettent d'assurer des prestations efficaces par le nombre de personnes accompagnées, sous réserve de référentiels de qualité qui n'ont jamais pu être discutés, ce qui explique leur absence de prise en compte. Dans notre pratique, une séance de groupe de type intégratif demande, de la conception du thème proposé à sa traduction en compte rendu élaboré, environ huit heures de travail pour l'animateur. Une trentaine au moins de participants en bénéficient, auxquels s'ajoutent les adhérents de l'association qui reçoivent électroniquement le compte rendu détaillé des échanges, rédigés pour la lecture. Rien à voir avec le confort d'un organigramme.

Il est admis, depuis la naissance de la psychanalyse, que le patient ne doit pas se comporter en assisté, en "ayant-droit", pouvant "oublier" sans contrepartie ses rendez-vous, en étant dispensé de toute participation, ne serait-ce que sous la forme d'une adhésion à la structure d'accompagnement. De ce point de vue, le tiers-payant généralisé a un effet aussi pervers qu'illusoire.

Ces dernières années ont vu se développer pour les addictions elles-mêmes de nombreuses techniques, parmi lesquelles l'hypnose, l'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires), l'HTSMA (hypnose, thérapie stratégique, mouvements alternatifs)... Réalisées par des thérapeutes expérimentés et rigoureux, elles suscitent de bons retours de la part des patients. Il n'est pas admissible qu'elles continuent à ne pouvoir bénéficier de prises en charge contractuelles par la Sécurité sociale et/ou les mutuelles. Avec le temps, l'expérience diversifie la pratique inspirée au départ par une approche déterminée. En définitive, le meilleur est largement partagé par les soignants investis dans une relation d'aide.

Le groupe de parole, médiateur du lien thérapeutique, peut jouer un rôle déterminant dans l'accompagnement à certaines conditions (10) – car il y a groupe et groupe ! – aussi bien pour les personnes directement concernées que pour les proches en difficulté, les étudiants et, plus encore, pour les soignants en charge des suivis. Le groupe de parole "intégratif", par la diversité des thèmes proposés, peut couvrir tout le champ de la réflexion à caractère psychothérapique. C'est le garant irremplaçable et particulièrement économique de la cohésion de l'équipe et de l'alliance entre soignants et aidants. Étudier la synergie de ces différents apports serait à favoriser.

### ***Peut-on parler de soignant efficace ?***

La question n'est pas illégitime. Tel artiste a plus de talent qu'un autre. Certaines équipes sportives ont de bons résultats avec peu de moyens. Question d'organisation, de leader, d'état d'esprit, de critères d'implication, de bases conceptuelles et d'expérience. Ce genre de considérations trouve rapidement ses limites. Sans dispositif ni moyens adéquats, le talent s'épuise. Comment "produire" de nombreux soignants efficaces ? L'art de la relation s'apprend comme le reste. Le groupe médiateur du lien est, de ce point de vue, irremplaçable.

La réciprocité est une règle originale de la psychothérapie alcoologique. En groupe, elle se décline sur le mode du "double je", le Je du thérapeute au fait des histoires des patients, le Je personnel, avec ce que cela suppose de contrôle, de détachement émotionnel, donc d'humour, de capacité de diversion et de reformulation, de la part du soignant. La curiosité et l'ouverture intellectuelle s'aiguisent par les interactions. C'est le

groupe qui “fabrique” progressivement le soignant et l’aidant. Au fil des réunions et des années, le participant régulier gagne en épaisseur. La supervision est en partie assurée par le groupe lui-même. Au sein d’une équipe, chacun doit disposer de son espace de responsabilité et de créativité. La dynamique doit – de notre point de vue – se faire par le “haut”, ce que permet un groupe de type intégratif. Il constitue un creuset d’unité et de formation. En cas d’association d’entraide, la transparence doit être la règle. Ses réunions doivent être des moments de discussion véritable avant les prises de décision. La présence des aidants bénévoles participe à l’ambiance amicale. L’adversité participe à la cohésion de l’équipe.

### **Qui évalue, comment et pourquoi ?**

Le champ de l’évaluation est, potentiellement, des plus vastes et éclectiques : une technique, une méthode, une équipe soignante et un lieu, une association... Comment, en analysant quoi et avec quels moyens ? Les critères retenus déterminent trop souvent les réponses. Il y a quelques années, notre établissement de soin avait reçu de la part de la Haute autorité de santé (HAS) une invitation à expertiser une trentaine de dossiers d’alcoologie tirés au hasard. J’avais pris connaissance des questions posées, avant de refuser de souscrire à ce travail supplémentaire :

- il n’était pas possible de donner de bonnes réponses à de mauvaises questions ;
- ni de répondre à de bonnes questions qui ne figuraient pas dans la grille d’évaluation.

Notre activité d’alcoologie se déroulait pour partie, en effet, dans un lieu où il se fait des dizaines d’actes chirurgicaux tous les jours ouvrables. Or, le questionnaire remis aux patients lors de la consultation d’anesthésie ne posait – à ce moment-là – aucune question relative à l’usage d’alcool et de substances psychoactives illicites, alors que l’on connaît les dangers d’un sevrage chimiquement non assisté chez un dépendant. De plus, du côté des facteurs influençant un résultat, absolument rien dans cette évaluation ne permettait de rendre compte des spécificités de notre approche.

Une erreur est de laisser entendre que “tout se vaut”, en négligeant le “détail” que les systèmes de protection sociale diffèrent profondément les uns des autres, selon les pays. L’expérience du *Managed alcohol program* (11) dans un “centre” à Ottawa a consisté à regrouper les

sans domicile fixe avoisinants. Les résidents reçoivent une dose de 140 ml de vin blanc californien (13 % d’alcool) de 7 h 30 du matin à 21 h 30 le soir. Les clients apprennent ainsi à boire régulièrement et ils encomrent moins les Urgences. L’initiative n’est pas sans évoquer les chambres d’injection pour les utilisateurs de Subutex®.

Les apparences chiffrées sont trompeuses. Les besoins sont d’autant moins quantifiables qu’ils restent inexprimés. En partie contraints par la nécessité, nous avons appris à mieux poser les indications de séjours. Nous les avons réduits en durée et surtout en nombre. Nous avons préféré développer l’accompagnement de proximité dans la durée, avec la création d’un Centre d’accompagnement ambulatoire (C3A) et en actualisant le site internet de l’association (area31.fr). Celle-ci dispose, à présent, d’un statut d’intérêt général pour améliorer les ressources financières. Nous nous efforçons d’en diversifier le contenu, en nous en tenant à ce que nous savons faire et estimons utile. Mais, nous rencontrons, comme chaque équipe, les limites du temps et de l’argent. Un alcoologue ne peut correctement s’occuper quotidiennement que d’un nombre limité de patients. Accueillir une douzaine d’entre eux assure déjà une journée bien remplie. Conséquence du manque d’acteurs qualifiés : les pertes de chance s’accumulent. Les ressources des patients ne sont pas mises en valeur en temps opportun.

Il existe certes des critères objectifs donnés par les statistiques : la mortalité, la morbidité, les accidents, les journées d’hospitalisation, les arrêts de travail, les infractions à la loi, les décisions de justice en matière de responsabilité familiale et de mise sous curatelle ou tutelle. En quoi incitent-ils les décideurs à écouter les acteurs de terrain et les patients qui vont bien ? L’innovation méthodologique et clinique ne semble toujours pas figurer dans les logiciels de l’administration de la Santé.

### **Optimiste ou pessimiste ?**

Réfléchir sur les déterminants de l’efficacité thérapeutique est un enjeu pour les patients, leur entourage, les soignants, et la société elle-même. Cette préoccupation est un fil-guide, constamment renouvelée pour notre pratique de soignant. Elle incite à un dialogue continu entre acteurs du soin, ainsi qu’à une humilité partagée. L’un des non-dits du soin “psy-alcoologique” est l’ab-

sence de son organisation en médecine de ville. Si l'on se réfère aux programmes des candidats aux élections, la problématique alcoolique est une grande absente. Ce silence ne se justifie pas seulement par le fait que nous soyons un pays viticole. Nous pouvons – soignants et patients – nous réjouir sans réserve du dernier film de Klapisch (12), *“Ce qui nous lie”* : il manifeste indirectement que ce qui fait problème n'est pas le vin en lui-même, mais l'acculturation addictive qui le ravale au rang d'alcool. L'ignorance et la pensée paresseuse, le déni, l'esprit de soumission, dénoncé en son temps par de la Boétie (13), sont davantage à mettre en cause.

Notre optimisme pour l'avenir est du même ordre que le regard porté sur la société dans laquelle nous vivons. Nous n'aurons rien sans combattre, sans faire preuve, entre nous, de solidarités. L'optimisme de la volonté, assisté de lucidité, donc. À ce propos et pour finir par un “hors objet”, cet extrait d'un ouvrage récent (14), proposé à une séance de groupe dans le but d'illustrer un double effet miroir, la problématique sociale éclairant la problématique alcoolique et réciproquement : *“La réalité du fait totalitaire commence par son déni... Nous avons tous nos aveuglements... Nos évidences... Nous avons nos petits aveuglements... si fonctionnels qu'on ne les perçoit même plus. Ils sont soutenus par nos habitudes, par nos béquilles idéologiques qui permettent d'avoir des réponses toutes prêtes, et nous aident à vivre. Ce que Freud résume de la façon suivante : ‘Les hommes les plus intelligents perdent subitement toute faculté de comprendre dès que les idées qu'on leur présente se heurtent chez eux à une résistance affective’...”*. On peut être aveugle sans être passionné, mais on peut être passionnément aveugle. ■

**Liens d'intérêt.** – L'auteur déclare l'absence de tout lien d'intérêt.

H. Gomez

Les déterminants de l'efficacité thérapeutique en alcoologie

*Alcoologie et Addictologie*. 2017 ; 39 (3) : 239-245

## Références bibliographiques

- 1 - Société Française d'Alcoologie. Les déterminants de l'efficacité thérapeutique. Les Journées de la SFA ; 15-17 mars 2017 ; Paris. *Alcoologie et Addictologie*. 2017 ; 39 (2) : 187-99.
- 2 - Perea F. Adresse et (inter)subjectivité dans le discours de l'alcoolique. In : Levivier M, Perea F, Belz Ceria I. Parole et addiction. Toulouse : Érès ; 2013. p. 97.
- 3 - Gomez H. Qu'est-ce qui fait soin en alcoologie ? In : Journée de l'AREA ; décembre 2015. Tirés à part disponibles sur demande auprès de area31.fr.
- 4 - Verneuil H (réalisateur). Un singe en hiver (film). 1962. In : Gomez H. Le cinéma comme langage de soin. Toulouse : Érès ; 2015.
- 5 - Silhol N (réalisateur). Corporate (film). 2017.
- 6 - Dufour DR. Le divin marché. Paris : Denoël ; 2007.
- 7 - de Bernard F. Pour en finir avec la civilisation. Gap : Yves Michel ; 2016.
- 8 - Monjaux M. La part alcoolique du soi. Paris : Dunod ; 1999.
- 9 - Daepfen JB. Le miracle de l'intervention brève n'a pas eu lieu. *Alcoologie et Addictologie*. 2016 ; 38 (1) : 3-5.
- 10 - Gomez H. Les groupes de parole en alcoologie. Toulouse : Érès ; 2011.
- 11 - Ottawa Inner City Health. Managed Alcohol Program. Ottawa : OICH ; 2015. <http://ottawainnercityhealth.ca/Programs>.
12. Klapisch C (réalisateur). Ce qui nous lie (film). 2017. Fiche publiée dans la rubrique cinéma de l'AREA : area31.fr.
- 13 - de la Boétie É. Discours de la servitude volontaire. Auffret S. Paris : Mille et une nuits ; 2015.
- 14 - Delestre A, Lévy C. L'esprit du totalitarisme. La Tour-d'Aigues : L'Aube ; 2016.