

Henri GOMEZ

Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool

3^e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2014 (2007, 2011)
5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-071488-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Aux soignants, alcooliques, proches,
et décideurs du passé récent et du futur proche.
À Robert, Françoise et Thomas, à Michèle Monjauze et
Gérard Vachonfrance, *in memoriam*

Et comme il se dit dans le générique des films,
mes sincères congratulations
à Michelle, Véra et Juliette pour leur relecture attentive
et leurs observations.

*« Trop facile d'attendre et de compter sur les autres ou sur l'État.
Et dangereux. Sortons de cette torpeur qui nous écrase.
Pour éviter que notre inaction devienne un crime contre notre humanité.
C'est quand chacun d'entre nous attend que l'autre commence
qu'il ne se passe rien. »*

Henri Grouès, dit l'Abbé Pierre
(Cité par *La Dépêche du Midi* du 23 janvier 2007)

Table des matières

AVANT-PROPOS À LA TROISIÈME ÉDITION	XII
AVANT-PROPOS	XIV
INTRODUCTION	1
1. COMMENT DEVIENT-ON ALCOOLIQUE ?	5
Consommations normales et consommations pathologiques	6
<i>L'éthanol : produit magique, molécule toxique, 6 • Le mésusage : des distinctions catégoriques, 7 • Les façons de boire : du normal au pathologique, 7 • Analyser et pallier la compulsion, 9</i>	
Définitions et frontières	12
<i>Que faut-il entendre par problématique alcoolique* ?, 12 • Qui est alcoolique ?, 13 • À quels signes doit-on se reconnaître comme tel ?, 14 • La signification de la répétition, 15 • La question des frontières, 16</i>	
Les concepts d'addiction et de dépendance	19
<i>L'inventaire en bref, 20 • Les stratégies de prise en charge, 21 • L'état du marché des addictions, 21 • Les fidèles compagnons de route, 23 • Thank you for smoking ⁽³⁾, 24 • Le charme discret du cannabis, 26</i>	
La dette symbolique	28
<i>L'exemple des sociétés traditionnelles, 28 • Il y a dette dès qu'il y a vie, 29 • Le soignant paye de sa personne, 29</i>	

Les facteurs de risques et les ambiances traumatiques	33
<i>Les principaux facteurs de risque, 35 • L'épuisement professionnel, 36</i>	
Les alcoolisations adolescentes	38
<i>Le « binge drinking » ou « biture express », 38 • La « crise de l'adolescence », 39 • Alcoolisations et appartenance collective, 39</i>	
Faiblesse du Moi et victimisation	41
<i>Un petit courrier pour commencer, 41 • Galerie de portraits de victimes en alcoologie, 41</i>	
Homéostasie addictive et équilibre psychosomatique	47
<i>Le modèle systémique, 47 • Tout ne se joue pas sur le terrain des addictions, 48 • Des exemples, 48</i>	
Comment concevoir la prévention ?	52
<i>La prévention liée au soin, 52 • Les illusions de la prévention non ciblée, 53 • Les actions de « prévention », 54 • Comment concevoir la prévention chez les adolescents ?, 54</i>	
2. COMMENT SE PRÉSENTENT LES PERSONNES ALCOOLIQUES ?	59
Les désordres émotionnels, la honte, la dévalorisation	60
<i>Les désordres émotionnels, 60 • La honte, 60 • La dévalorisation, 63</i>	
L'ennui, l'intolérance à la solitude, le ressentiment, la position de victime, la susceptibilité...	67
<i>L'ennui, 67 • L'intolérance à la solitude, 68 • Le ressentiment et la position de victime, 69 • La susceptibilité, 70</i>	
Le déni	72
<i>Le mensonge se distingue du déni, 72 • La dénégation occupe une position intermédiaire, entre mensonge et déni, 72 • Le déni crée un fossé difficile à combler, 73 • Les aspects cliniques du déni, 74 • Le rôle des contre-attitudes médicales dans les dénégations de l'alcoolique, 75 • Que faire contre le déni et la dénégation ?, 75</i>	
L'immaturité, le clivage, le faux self et le dernier des quatre	77
<i>L'enfant, 77 • L'immaturité, 77 • Le clivage en action, 79 • Le faux self, 80 • Le quatrième de la bande, 80 • Le repli autistique, 81</i>	
Les troubles narcissiques	83

Les troubles cognitifs	87
<i>Qu'appelle-t-on troubles cognitifs ?, 87 • En quoi consistent les TCC : thérapies cognitives et comportementales ?, 88 • Changer sa façon d'éprouver et d'agir, 89</i>	
Les troubles de l'humeur, la culpabilité	91
<i>Le grenier de R***, 91 • La fréquence des troubles bipolaires, 91 • Les caractéristiques des organisations limites, 92 • Les troubles du caractère, 93 • Quelle place donner à la notion de perversité ?, 94 • Le sentiment de culpabilité, 95 • Pour un bon usage du sentiment de culpabilité, 95</i>	
Le corps à contribution	97
<i>Les alcoolopathies, 97 • Se réconcilier avec son corps, 103 • Le corps-thérapeute, 104</i>	
Projet thérapeutique et processus de décision	106
<i>Agir dans le cadre d'un projet thérapeutique, 106 • Les processus de décision, 106 • La parole au groupe, 108</i>	
Au-delà du diagnostic : nouer un dialogue utile	110
<i>Comment partager le diagnostic ?, 110 • Qu'attendre de la biologie ?, 112</i>	
3. COMMENT PRENDRE EN COMPTE L'ENVIRONNEMENT ?	115
La dimension systémique de l'alcoolisme	116
<i>Les secrets, 116 • Les silences, 116 • Les fantômes, 117 • Bénéfices secondaires et patient désigné, 117 • Conflits de loyauté et assignations, 117 • Les familles repliées sur elles-mêmes, 117 • Les familles narcissiques, 118 • Les familles incestueuses, 118 • Les familles où l'alcool est présent, 118 • Un territoire à soi, 119 • Thérapie familiale, 120 • Le déni, encore le déni, 120 • L'observation du jour : victime ou coupable ?, 122 • La voisine de chambre, 123</i>	
Les conjoints	125
<i>Lors de la première rencontre alcoologique, 125 • À quel conjoint avons-nous affaire ?, 126 • Le temps de l'accompagnement, 126 • Peut-on concevoir une histoire naturelle du couple ? Et qu'en est-il en cas d'alcool ?, 127 • Quelles sont les conceptions de couple les plus épanouissantes ?, 128 • Des interventions, 129 • Deux brèves histoires, 130</i>	

Les pères et les mères	131
<i>Le défaut fondamental d'individuation psychique, 131 • Le contentieux avec les parents, 131 • Plus que de longs développements..., 133 • Que pouvons-nous ajouter ?, 134 • Comment se réconcilier avec ses parents, 135</i>	
Les enfants	137
<i>Les alcoolisations fœtales, 137 • L'enfant qui souffre, 138 • Faire vivre l'enfant qui est en nous, 140</i>	
Les étayages	142
<i>Les ruptures d'étayages, 142 • La valeur du travail, 143 • L'argent, 145 • Le plaisir est un parti pris, inséparable de l'éthique, 146 • L'alcoolique et la Justice, 148</i>	
Des notions utiles aux proches : le lâcher prise, le recentrage sur soi et la bonne distance	154
<i>Le lâcher prise, 154 • Le recentrage sur soi et la patience, 156 • La bonne distance, 156 • Quelle place pour la compassion ?, 157</i>	
Les limites de l'aide	159
<i>Mes limites, 159 • Une citoyenneté fonctionnelle, 159 • La force de l'irrationnel, 160 • Les catastrophes naturelles aident à relativiser, 160</i>	
Pensée unique et addictions	162
<i>Une soirée avec un tabacologue (avant l'e-cigarette), 162 • Deux livres du moment, 165 • L'ordre juste, les « citoyens experts », le syndrome de la planète, 167</i>	
Une conception étatique et sociétale des addictions	168
<i>Retour sur la motivation, 168 • L'addiction à l'aveuglement, 169</i>	
4. COMMENT CONCEVOIR UN ACCOMPAGNEMENT EFFICACE ?	171
L'accompagnement	172
<i>En l'absence d'accompagnement de proximité, il est abusif de parler d'alcoologie clinique, 172 • Après le temps de l'hospitalisation, les difficultés commencent, 172 • L'accompagnement suppose une personne apte à s'investir, 173 • L'accompagnement évolue dans le temps et dans ses fonctions, 175 • Le cinéma hors-objet, 176</i>	

Les abstinences et les réalcoolisations	178
<i>Changement de paradigme, 178 • Les abstinences, 179 • Ce que boivent les alcooliques qui ne boivent plus, 180 • Les réalcoolisations, 181 • Ceux qui continuent à boire, 182</i>	
Les médicaments	185
<i>La neurobiologie et l'imagerie du cerveau, 185 • Le sevrage ambulatoire graduel, 186 • Les médicaments de l'après-sevrage, 188 • La révolution du Baclofène, 188 • Le médicament de l'humilité partagée, 190</i>	
Le travail psychique	192
<i>Vis-à-vis de l'alcool, 192 • Au-delà de l'alcool, 192 • Quelques échanges au sein du groupe, 193</i>	
Les savoirs et les pratiques utiles	196
<i>Les connaissances établies, 196 • L'entretien motivationnel, 197 • L'intervention brève, 198 • L'approche intégrative, 199</i>	
La relation d'aide en alcoologie	200
<i>Les proches, les plus proches, 200 • Les amis, les collègues et l'entreprise, 201 • Les « collègues » d'hospitalisation et les intervenants associatifs, 202 • Les soignants, 203 • La relation d'aide, selon le « courant humaniste », 203 • Les spécificités de la relation d'aide en alcoologie, 204</i>	
L'alcoologue clinicien	207
<i>La notion d'auto-analyse groupale, 207 • Un alcoologue est un être hybride, 208 • Le rôle possible de médecins généralistes référents, 208 • Une question souvent posée, 209 • Les qualités soignantes, 210</i>	
Fonctions et référentiels des groupes de parole	212
<i>Trois types de réunions, 212 • Les fonctions assurées par le groupe de parole, 213 • Les mauvais usages d'un groupe, 216 • Les critères de qualité d'un groupe de parole, 217</i>	
L'association et ses intervenants	219
<i>Un peu d'histoire, 219 • Le rôle des intervenants associatifs, 220 • Du bon usage des troubles psychopathologiques, 221 • Les questions ouvertes, 222</i>	
Les acquisitions cognitives privilégiées	226
<i>Les vingt-quatre heures et les axes de vie, 228</i>	
5. COMMENT VIVRE SANS ALCOOL ?	233
Refonder et développer la résilience	234

Des principes éthiques	234
<i>Primum non nocere : d'abord, ne pas nuire, 235 • Respect de soi, respect de l'autre, 236 • Se faire plaisir, concrétiser ses aptitudes, 236 • L'arbitrage de l'argent, 237</i>	
L'esprit critique	239
<i>L'esprit critique se distingue de l'esprit de critique, 239 • Des conditions sont nécessaires à l'exercice de l'esprit critique, 239 • Des inégalités d'aptitude à l'esprit critique, 240 • L'imprévu et l'impossible, 241</i>	
La confiance en soi, dans l'autre, dans la relation	242
<i>La crainte de l'effondrement, 242 • Faute de cette confiance, que faire ?, 243</i>	
Le risque, les apprentissages et l'expérience	245
<i>Du risque gratuit au risque intégré, 245 • L'éducation et l'expérience, 247 • La valeur des apprentissages, 249</i>	
La relation à l'acte : « poser le verre »	251
<i>Poser le verre, 251 • Un acte en négatif, 251 • Un acte souvent mal compris, 252 • L'acte réfléchi : stratégie, intuition, créativité, 252 • La convivialité plurielle, 253</i>	
Des qualités à développer	255
<i>Une personne sans qualité est imbuvable, 255 • La ténacité et la souplesse adaptative, 255 • L'humilité et la fierté, 256 • L'honnêteté intellectuelle et le laconisme, 256 • L'humour et l'ironie, 257 • Le courage et la vigilance, 258 • Les fins du courage, 259</i>	
Quelle sagesse pour l'alcoolique ?	261
<i>La sagesse de l'alcoolique est une praxis, 261 • La place de la volonté, 261 • Les sources de la sagesse, 261 • Le cynisme et la volonté en débat, 263 • La culture du non-boire, 263 • Qu'entendons-nous par « culture du non-boire » ?, 264 • Qui participe à son élaboration ?, 264 • Quel est le contenu de la culture du non-boire ?, 264 • Une culture de liberté et d'ouverture, 265 • Un projet thérapeutique pour un programme de vie, 265 • Les clés du champ, 265</i>	
La quête du sens	267
<i>Retour sur la dette, 267 • Les pieds sur la terre, la tête en l'air, 268 • Le sens malgré le vieillissement et la mort, 269 • Observation : se défaire de la dette, 269 • La contribution du groupe, 270</i>	

6. COMMENT FONDER UNE ALCOOLOGIE PRATICIENNE ?	275
L'alcoologie est-elle une psychothérapie ?	276
<i>Un indispensable tour de table, 276 • La psyalcoologie, 277 • L'alcoologie a besoin d'un soignant et du groupe, 278 • En quoi l'alcoologie est une psychothérapie, 278 • L'alcoologue est aussi un « porte-souffrances », 279 • La fausse question de la durée du soin, 279</i>	
La meilleure façon de soigner	283
<i>Les principes généraux du soin alcoologique, 284 • Pour une approche éclectique et intégrative en alcoologie, 288</i>	
La méthodologie	293
<i>Le temps pré-alcoologique, 293 • L'hospitalisation brève en alcoologie (HBA) ou « stage », 296 • L'accompagnement, 298 • Et quand la méthode ne « marche » pas ?, 300</i>	
L'implication et le style	303
<i>L'expérience personnelle, 303 • L'intérêt du hors-sujet, 304 • Un outil de thérapie brève, 304 • Une composante du lien thérapeutique, 305 • La dimension citoyenne, 306</i>	
L'unité d'alcoologie : épicerie du dispositif d'alcoologie praticienne	307
<i>Caractéristiques générales, 307 • La composition de l'équipe, 308 • Un projet d'utilité publique, 309 • L'unité d'alcoologie, épicerie d'un dispositif alcoologique de proximité, 309 • Le budget nécessaire, 310 • Payer le temps du soin psychique, 311 • Chimère aujourd'hui, réalité demain ?, 313</i>	
La formation	315
<i>État des lieux, 315 • Quelques axes de propositions, 316 • Lier information, formation, prévention et soin, 317</i>	
Refonder l'alcoologie clinique	319
<i>Les pauvres types et les imbéciles, 319 • Une spécialité clinique humaniste, 319 • Assouplir le parcours de soin par la formation et la reconnaissance statutaire d'alcoologues cliniciens, 320 • Payer le nécessaire, 320 • Aider le changement, 321 • L'alcoologie clinique doit devenir une question politique, 322</i>	
CONCLUSION	324
GLOSSAIRE	326

Avant-propos à la troisième édition

CETTE TROISIÈME ÉDITION n'invalide en rien la seconde car la situation clinique de l'alcoologie n'a connu aucun bouleversement significatif, qui laisserait augurer un retour à une vision large, utilement dérangeante des problématiques alcooliques et addictives. Elle était cependant indispensable pour rester en phase avec une réflexion qui refuse de s'enfermer dans le pré carré de l'addictologie universitaire et psychiatrique, coïncée entre des concepts et des usages que chacun s'accorde cependant, de retour au quotidien de l'activité, à trouver inopérants et dispendieux, à moins d'avoir réussi à neutraliser tout esprit critique. L'alcoologie a une dimension politique que nul habillage savant ne saurait masquer. Le toilettage effectué permet d'ajuster et d'inclure divers éléments qui rendent mieux compte de la réalité et des enjeux. Ici et là, nous avons relevé des reprises d'argument ou de préoccupation. Mieux vaut se répéter, en nuancant, que se contredire.

L'ouvrage généraliste que matérialise le *Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool* – comprenez par là les dépendants de l'alcool, les proches – parmi lesquels les enfants –, qui récupèrent les dommages collatéraux, les soignants et les professionnels au contact – a permis de décliner plusieurs approches que nous estimons novatrices, bien que laissées de côté : l'hospitalisation brève ouverte sur un accompagnement structuré, le groupe de parole de mode intégratif, des *clés* dessinant les axes du travail de ressaisissement mental, au sortir de l'alcoolisation pathologique. D'autres travaux sont en cours, avec

d'autres auteurs, pour participer à l'effort théorico-pratique. La clinique alcoologique doit pouvoir se décliner sur de larges thèmes permettant des confrontations d'éclairage. L'écriture mais aussi la « toile » peuvent donner aux personnes concernées par la problématique alcoologique des repères et des moyens efficaces. C'est ainsi que nous avons précisé et préciserons des thématiques telles que la honte, la résilience, les processus de victimisation mais aussi le cinéma comme langage, en nous promettant d'intégrer une réflexion psychosociale sur le travail et les marginalisations qu'il induit, ou encore le rôle essentiel qui peut être joué par des alcoologiques sobres, à certaines conditions.

La « toile » et l'écriture se prêtent à tous les usages, les pires mais aussi les meilleurs, tout comme la mondialisation. Celle-ci, en dépit des menaces pour les civilisations soumises à la dictature destructrice du Divin Marché, aux blocages à l'œuvre dans la Santé et la société tout entière, est aussi promesse de rencontres avec des énergies et des créativité nouvelles.

H. G., janvier 2014

Avant-propos

ÉCRIRE POUR ÊTRE LU

Le bon usage du temps se perd dans le cours irrégulier de nos vies. Nous nous devons d'être pragmatiques. Ainsi, est-il encore justifié d'écrire de nos jours ? Sans doute, l'écriture sert-elle à penser et à se panser mais le jeu en vaut-il la chandelle, à l'heure des réseaux sociaux ? À défaut d'une orchestration médiatique réservée à la vente de masse, la plupart des ouvrages utiles sont assurés d'un impact restreint et éphémère, d'autant plus anecdotique qu'ils ne s'inscrivent pas dans l'air du temps. De tard en tard, cependant, par l'effet du bouche à oreille, c'est-à-dire des échanges électroniques, l'un d'entre eux déjoue la confidentialité à laquelle il était promis. L'auteur est alors repéré, reconnu, mais qu'en est-il de son influence ? Il participe à l'illusion de la nouveauté, à la distraction pascalienne. Quand il est novateur, il aide les dirigeants éclairés à ajuster leur mainmise intellectuelle. Il nourrit, contradictoirement, l'esprit critique de ceux qui subissent l'ordre établi. L'exemple emblématique de cette ambivalence est *Le Prince* de Machiavel. L'universalité suppose de considérer le Monde avec le regard d'un enfant blessé, tel *Le Petit prince*, texte et images associés.

En matière de lecture, la contribution de Pierre Bayard¹ est novatrice. Cet enseignant psychanalyste nous a fait prendre conscience que la

1. Bayard Pierre, *Comment parler des livres que l'on n'a pas lus*, les éditions de Minuit, 2007.

moindre de nos productions livresques est plurielle. Elle est parfois mort-née car refusée par les éditeurs. Ou bien, après une présence fugitive sur quelques étalages, elle attend l'heure du pilon. Cependant, la première de couverture peut attirer les regards. Un titre accrocheur peut provoquer une rotation de poignet pour découvrir le dos de l'objet. Le geste en reste là, le plus souvent. Il n'empêche. Nous en sommes à deux livres dont on pourra parler : le titre et l'auteur, le résumé. Le moindre écrivillon peut ainsi se prévaloir de deux œuvres complètes. L'introduction et, dans une moindre mesure, la conclusion sont réservées aux gens pressés mais cultivés, et aux non-lecteurs habituels. Ces intrépides doivent être choyés. Mis en appétit, ils auront peut-être le courage de digérer le corps du texte, dans l'ordre, en diagonale, par fragments, par effets de crayonnage et de surlignage, par le recours respectueux à des signets et à des notes. Cette appropriation aboutira à un nouveau livre, le leur, que personne ne connaîtra sauf à être rédigé et publié à son tour.

Lecteur, si tu daignes lire le préambule qui va suivre, en dépit du peu de temps dont tu disposes, tu auras fait reculer ma solitude et la tienne. Le reste est offert à ta liberté.

POUR LE LECTEUR PRESSÉ

L'alcoolique, c'est l'autre.

Nous n'avons rien à voir avec ce personnage qui trahit nos traditions du bien-manger et du bien-boire, qui se conduit et conduit mal. *Nous, eux. Chacun à sa place.*

Cependant, plus les usages aberrants de l'alcool se banalisent, plus les alcoolisations problématiques se diluent dans les addictions, plus les frontières se brouillent.

Et si l'alcoolique était notre miroir ? Un miroir d'autant plus révélateur qu'il montre ce à quoi nous avons échappé comme personne, sans l'avoir cherché. Le miroir d'une société déboussolée. La nôtre.

Quelle délimitation donner au mot ? La définition doit être simple, ne pas souffrir de controverse : *l'alcoolique, c'est celui dont la façon de boire est indiscutablement préjudiciable.* Pour lui, pour les autres. Ainsi le champ de l'action soignante est-il fixé.

Si la recherche de l'effet l'emporte sur le plaisir du goût, si l'état second ou l'ivresse deviennent le mode de régulation, hebdomadaire, quotidien, ou discontinu, d'un mal-être, nous sommes confrontés à un *détournement d'usage*. Ce détournement d'usage a des effets très défavorables sur tout ce qui fait une vie : le travail, le couple, les enfants,

l'estime de soi... Pourtant, le sujet continue d'avancer dans l'impasse. *La perte du contrôle* de la consommation, qui s'exprime, un temps, sous la forme du *besoin de contrôle*, marque un tournant. *La dépendance* est l'aboutissement d'un processus. Elle représente *une capture de l'énergie libidinale associée à des troubles de la connaissance de soi*. L'alcool est au pouvoir, balayant toute fiabilité. Les troubles dits cognitifs sont au premier plan. Ils ne disparaîtront pas toujours à l'arrêt de l'alcool. Ils préexistaient souvent. Ils ont été aggravés. Le sujet est étranger et comme indifférent à lui-même, à son corps, à son temps, à ses choix... Il oppose le déni à l'évidence, la dénégation en forme de minimisation et de « mauvaise foi », les mensonges. La moindre des difficultés ou des occasions devient prétexte à boire. Il s'angoisse, s'ennuie, perd la mémoire et l'envie, éprouve le vide.

Les modes de consommation modernes, à l'anglo-saxonne, visant l'ivresse, ont avancé l'heure où boire devient incompatible avec la gouvernance psychique et la vie relationnelle. La dépendance est la conséquence d'une compatibilité innée/acquise et l'alcool croise toutes les routes. La dépendance prend forme par le génie propre de l'alcool, par ses effets pharmacologiques, anxiolytiques, euphorisants, anesthésiants, mais aussi par ses effets sensoriels, par ce qu'il évoque dans l'inconscient. Elle est le symptôme et l'agent d'une *pathologie de la sécurité affective et du lien*, la trace d'un *défait d'individuation* somato-psychique qui se revit en buvant, avec des angoisses d'abandon, de séparation, de morcellement, d'anéantissement. De très nombreux facteurs diachroniques d'ordre différent sont à prendre en compte : génétiques, psychopathologiques, familiaux, culturels, sociétaux, événementiels. La vulnérabilité neurobiologique devient déterminante dans de nombreux cas. En même temps, elle bénéficie d'un effet d'ambiance.

Les addictions aux autres produits psychotropes, médicaments compris, les comportements compulsifs, anciens et modernes, accompagnent, précèdent et parfois suivent l'installation d'alcoolisations pathologiques. Cigarette, cannabis et bière, conduisent aux alcools forts. Le vin s'habille de plastique et se transporte en cubi, quand les finances ne suivent plus. Le patient est presque toujours de nos jours un polyaddicté, avec *un effet de vases communicants et de sommation* entre produits psychoactifs. Il est question de *part alcoolique*¹ ou de composante addictive du fonctionnement psychique. Dans nombre d'histoires, l'alcool prend le statut d'un *produit de substitution, ou de complément* en plus du Subutex[®] ou de la Méthadone[®], doté des avantages décisifs d'être

1. Monjaube Michèle, *La part alcoolique du soi*, Interéditions, 2011.

disponible, licite, relativement bon marché. Les addictions créent une ambiance délétère. Le *il est interdit d'interdire* a abouti à un renforcement de la surveillance et du contrôle social.

Personne ne s'avise de contester l'impact du contexte développemental d'un enfant comme facteur de désorganisation psychique. *Une ambiance familiale* peut être *traumatique, dure ou molle*, selon le mode de violence exercée, et induire un conditionnement, des effets d'imitation ultérieurs. *Le laxisme est aussi une violence* dans la mesure où il associe défaut d'attention et de repères. L'alcoolisme est souvent, mais pas toujours, le symptôme et l'agent d'un dysfonctionnement familial passé et rejoué dans les deux lignées. Il est source de confusions de générations et d'identité sexuelle, de transgressions. Cet effet systémique et de contamination se retrouve chez le conjoint. Combien, par exemple, de filles d'alcooliques font couple avec un alcoolique ? Le soignant a besoin de connaître l'histoire du patient, sa version du roman familial, s'il en a une, et son contexte affectif. Les familiers influencent l'évolution. Le sujet peut retrouver ses vieux fonctionnements, ses vieux schémas, s'il n'y prend garde, à leurs côtés. La répétition semble inscrite dans son inconscient. Rencontrer l'entourage possiblement aidant ou à problème est une étape importante pour le soin.

Il est d'autres réponses pathologiques à la souffrance inexprimée, en particulier quand le buveur suspend son addiction. La douleur peut adopter le langage du corps et développer des maladies psycho-fonctionnelles ou psychosomatiques. Dans la première éventualité, un organe souffre mais, anatomiquement, rien ne se constate. Dans la seconde éventualité, les lésions occupent le devant de la scène : la peau s'altère, une muqueuse pleure le sang, une maladie grave met en jeu la vie du sujet. Le corps, tel celui de Saint Sébastien, exhibe plaies, cicatrices, percings.

Les troubles de l'humeur – grande anxiété, dépression, troubles bipolaires – représentent un terreau favorable au développement des conduites addictives. Ils ne sauraient jouer un rôle d'écran et faire l'économie de la compréhension de la psychopathologie à l'œuvre, de la structuration psychique sous-jacente : organisations limites, instables et compliquées à gérer, pathologies du narcissisme, psychoses, traits névrotiques surajoutés et, assez souvent, au premier plan. Il serait plus judicieux de parler de troubles psychopathologiques ou de pathologie psychiatrique avec co-morbidité addictive que l'inverse. Les personnalités addictées sont de moins en moins solidement structurées. Leurs ressources mentales sont de plus en plus éparpillées. Ne nous leurrions pas : la problématique alcoolique est une pathologie complexe dont le pronostic d'ensemble va en s'aggravant.

Penser en termes de causalité linéaire relève ainsi d'un déterminisme simplét. Une même cause peut produire des effets diamétralement opposés. Elle peut être à l'origine d'une *faille* psychique (Monjauxe) repérable au Rorschach, d'un *défaut fondamental* (Balint), qui s'exprimera quelquefois des dizaines d'années plus tard, lors de la retraite ou du départ des enfants, par *rupture d'étayage*. Elle peut avoir des répercussions mentales qui handicapent le sujet dès son adolescence. Un détail de vie banal en soi peut avoir des effets structurants pour le pire mais aussi pour le meilleur. L'habitude du danger peut aussi bien nourrir la *résilience*, cette aptitude à survivre après des traumatismes.

Comprendre sert avant tout à donner une interprétation qui atténue et recentre honte et culpabilité. Une empathie distanciée incite la personne alcoolique à persévérer dans la relation de soin malgré les retours d'alcool. La part de l'imprévu donc de l'intuition clinique, mais aussi du détail hasardeux ou du changement de contexte, intervient dans la prise de distance avec l'alcool, déjouant protocoles et pronostics. Une maturation s'est faite. L'alcoolique peut décliner le paradoxe de Monjauxe : « Puisque je ne peux m'en passer, je ne vais pas en boire une goutte ». Contre toute attente, le temps de l'acceptation, de la responsabilité, et des initiatives se fait jour, suscitant apprentissages, progrès, changements. Le clivage donne l'impression, exacerbée par l'alcoolisation, d'une personnalité dédoublée. Sa présence signifie aussi que le sujet a une part de lui-même compatible avec une juste appréciation du réel. L'ambivalence va pouvoir lui succéder, autorisant des choix de compromis. Le soignant doit encourager cette *part adaptative*, désactiver les facteurs qui la neutralisent, inciter le sujet à supporter ses peurs autrement que par l'addiction et les chimères. Il doit inciter son patient à avoir le courage de l'intelligence, à lier l'esprit critique à la créativité. Dans les moments difficiles, le soignant doit manifester sa disponibilité, comme la bouteille, avec la parole en plus, sans se laisser absorber.

Le patient alcoolique est, surtout dans les premiers temps de la relation, un client difficile : trop près, envahissant, trop loin, absent, aussi exigeant qu'inconstant. Son temps n'est pas celui du soignant. Dès lors, *il est tentant de préférer parler de lui que parler avec lui*. Le colloque singulier présente des particularités, d'autant qu'il s'agit souvent, lors des premières rencontres, d'un patient sans demande explicite, et par la suite, d'un sujet à la pensée opératoire. L'écoute fonde l'*avance de la parole* car, autrement, le patient est confronté à son manque-à-dire, aux difficultés de la mise en mots. L'avance de la parole n'est pas un discours à sens unique et stéréotypé émanant du soignant, face à un