

DISPOSITIF COMPLÉMENTAIRE DE SOINS POUR ALCOOLIQUES À L'HÔPITAL GÉNÉRAL

Philippe de Timary *

David Ogez **

Micheline van den Bosch **

Peter Starkel ***

Anne Toussaint *

Introduction

L'individu se rend habituellement à l'hôpital pour y recevoir des soins, quand sa santé est en danger et que les traitements ambulatoires ne suffisent plus. La première condition pour y séjourner est donc d'être malade. La plupart des alcooliques qui consomment chez eux ou au café, perpétuent cette habitude sans pour autant se sentir malades. Ils boivent comme tout le monde, ou peut être un peu plus. Parfois cependant, un proche, un collègue leur fait remarquer que ça ne leur fait pas du bien. Parfois aussi, c'est la part adaptative d'eux même qui tire la sonnette d'alarme, quand ils se sont réveillés « un matin de trop » avec le regret d'avoir bu la veille, ou que quelque chose

* Psychiatre. Unité intégrée d'Hépatologie, Secteur de Psychiatrie de liaison du service de psychiatrie adulte.

** Psychologue. Unité intégrée d'Hépatologie, Secteur de Psychiatrie de liaison du service de psychiatrie adulte.

*** Hépatologue. Unité intégrée d'Hépatologie, Service de Gastroentérologie, Cliniques universitaires .../...

est arrivé dans leur vie, qui leur montre que ce n'est plus possible. Mais que faire alors ? Est il possible d'imaginer vivre autrement ? Est il possible de donner une direction différente à leur existence ? Qui va pouvoir les entendre et les aider ? A quoi bon arrêter si on est certain de rechuter ? « L'hôpital peut-il m'aider ? » « Non, je vais pouvoir m'en sortir par moi-même ! » Comment trouver et rencontrer un soignant quand on n'est pas sur d'avoir besoin de soins, ni même que les soins puissent aboutir ?

Cette dernière question a orienté nos réflexions, lorsqu'au mois d'Octobre 2003 nous avons entrepris d'ouvrir une petite unité d'alcoologie aux Cliniques Universitaires Saint Luc. Plus de 90% des alcooliques consomment sans demander d'aide¹. La dépendance à l'alcool constitue un problème de santé publique majeur. Elle touche environs 7% de la population dans les pays industrialisés et se perpétue habituellement sans grande entrave, jusqu'à ce que le corps, la famille, la profession, l'inscription sociale lâchent, faute d'accès à des soins appropriés. Comment construire un cadre de travail qui tienne compte de cette difficulté d'accès aux soins ? Comment trouver ensuite une manière de travailler adaptée à la problématique, qui offre de réelles pistes de changement dans le long terme, quand la rechute semble tellement probable ? De quelle manière combiner une approche qui lutte clairement contre le symptôme alcool tout en pouvant entendre d'autres dimensions des problématiques existentielles, familiales du patient ? Comment créer une structure qui soit différente et complémentaire des autres structures de soins pour patients alcooliques ? Comment aussi tenir compte du type de relations transférentielles propre à beaucoup de ces patients, qui tardent à trouver de l'aide et quand ils l'ont trouvé, établissent des transferts massifs, adhésifs ? Le cadre hospitalier que nous avons instauré et mis à l'épreuve de la clinique depuis la naissance de l'unité avait pour ambition de répondre à ces différentes questions. Il s'agissait donc de construire un cadre spécifique pour les patients alcooliques et qui tienne compte de la relation soignant soigné.

Historique

Notre unité allie les compétences de l'équipe de psychiatrie de liaison avec celles de gastroentérologues.

.../...

Saint-Luc, Université
Catholique de Louvain,
Avenue Hippocrate 10,
B-1200, Bruxelles.

Unité Intégrée
d'Hépatologie, Secteur
de Psychiatrie de Liaison
du Service de Psychiatrie
Adulte et Service de
Gastroentérologie,
Cliniques Universitaires
Saint Luc, Université
Catholique de Louvain,
Avenue Hippocrate 10,
B1200, Bruxelles

1 Heinz A., Wilmer M.,
Mann K., Therapy and
supportive care of
alcoholics : guidelines
for practitioners.
Best Practice Rev Clin
Gastroenterol, Vol 17,
p. 695-708, 2003

Il y a un peu plus de vingt ans, naissait à l'UCL, au centre Chapelle aux Champs, l'Unité Assuétude. Cette unité travaille depuis lors sur un abord clinique et théorique des assuétudes dans une perspective psychodynamique. Dans le domaine de l'alcoolisme, elle a particulièrement réfléchi aux dimensions familiales de l'affection². Notre projet clinique, développé du côté psychiatrique et psychologique par le secteur de psychiatrie de liaison de notre hôpital s'inscrit clairement dans la filiation de l'unité assuétude. Cependant, du fait de notre dimension hospitalière et médicale cependant, notre position vis-à-vis de l'alcool est peut être plus radicale que dans un contexte ambulatoire. La fonction de l'unité est sans ambiguïté : la recherche avec le patient d'une solution à son problème d'alcool. Dans la poursuite de cet objectif, nous n'hésitons pas à nous inspirer à l'occasion de certains apports de l'approche cognitivo-comportementale, plus centrée sur « le symptôme », qui nous semblent pertinents pour comprendre et traiter l'alcoolisme.

En parallèle avec l'abord « psy » des assuétudes, nos collègues gastroentérologues et plus particulièrement hépatologues sont depuis de nombreuses années très sensibles aux répercussions de l'alcoolisme sur les patients qu'ils traitent. Une collaboration existe d'ailleurs depuis de nombreuses années entre le secteur de Psychiatrie de Liaison et le service de Gastroentérologie, au chevet de patients dont la consommation a entraîné des lésions importantes dans la sphère digestive. L'abord psychologique de ces patients dans le contexte de leur hospitalisation à l'hôpital général, patients que le déni a mené à des situations somatiques catastrophiques, a déjà fait l'objet d'un travail d'élaboration au sein de la psychiatrie de liaison, duquel nous nous sommes inspirés pour la construction de notre cadre hospitalier³. Il s'agissait donc de patients dont l'atteinte somatique souvent gravissime était le motif de l'hospitalisation. Les patients auxquels nous nous adressons sont moins atteints au niveau de leur corps. Le but de l'hospitalisation n'est plus seulement d'apporter des soins au corps mais aussi d'entamer une réflexion sur les habitudes de boisson.

Qui sont les soignés ? La question du déni

Il nous semble difficile de décrire le travail d'accompagnement de ces patients sans faire référence à une dimension tout

2 Roussaux, J.P., Faoro-Kreit, B., Hers, D., « L'alcoolique en famille », dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques, De Boeck, Bruxelles, 2000.

3 van den Bosch M., Faoro-Kreit B. et Mortelmans A., in Roussaux, J.P., Faoro-Kreit, B., Hers, D., « L'alcoolique en famille », dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques, De Boeck, Bruxelles, 2000.

à fait importante de leur problématique qui est le déni de la réalité ou celui de la gravité de leur alcoolisme. Ce déni que l'on rencontre chez une majorité de patients peut porter sur la reconnaissance de la consommation abusive ou la reconnaissance de ses conséquences, ou enfin sur l'impossibilité pour le patient alcoolique de maintenir une consommation modérée. Il a pour conséquence le fait que les patients ne recherchent pas de solutions à leurs difficultés de consommation. C'est à ce mécanisme très puissant que nous sommes confrontés.

Il nous appartient de différencier deux points de vue proches et complémentaires au sujet du déni pour en comprendre la complexité.

Il nous est utile de rappeler que dans le domaine de la neurologie l'absence de reconnaissance de la maladie, se nomme *anosognosie*. L'*anosognosie* est comprise comme un déficit, une incapacité, liée à des déficits neurologiques. Le terme *déni*, quant à lui, plus propre à la psychiatrie, sous entend une participation subjective de l'individu au refus de la réalité. Il refuse une réalité que subjectivement il ne peut accepter.

Les approches expérimentales dans le domaine des neurosciences nous renseignent surtout sur la dimension anosognosique de l'alcoolisme.

Plaçons nous d'abord de ce point de vue déficitaire. Les neurobiologistes nous décrivent les répercussions d'une consommation prolongée de boissons alcoolisées sur le cerveau, qui va être marqué, peut être d'une manière « indélébile » par les effets de la consommation. Le circuit de récompense cérébrale qui participe de manière importante à la motivation et à la mise en mouvement est une des structures qui sera atteinte par la consommation prolongée avec des modifications dans les concentrations de différents neurotransmetteurs. La réaction de stress physiologique, à travers la sécrétion de CRH et la diminution de sécrétion de neuropeptide-Y, sera également affectée d'une manière durable. Koob et ses collaborateurs ont proposé que l'état du cerveau diffère radicalement entre les périodes de consommation et d'abstinence⁴. Ces états seraient associés à des modifications radicales de l'appétence vis-à-vis des boissons alcoolisées. De manière concrète, lorsque les patients boivent, ils ne peuvent plus s'arrêter. Lorsqu'ils ont arrêté, ils peuvent alors plus facilement rester abstinents. L'attirance irré-

4 Koob, G.F., "Alcoholism: allostasis and beyond", *Alcohol Clin.Exp.Res.*, Vol 27, p. 232-243

pressible pour les boissons va recommencer très rapidement à partir du moment où ils ont recommencé à boire. Ceci revient à dire que l'alcoolique perd son libre pouvoir de décision vis-à-vis des boissons alcoolisées lorsqu'il a recommencé à boire. De cette perte de contrôle sur ses propres décisions, le sujet peut ne pas se rendre compte tout de suite. Il est possible que cette reconnaissance vienne par ailleurs buter contre une dimension narcissique : il est généralement difficile pour quelqu'un d'admettre qu'il a perdu son pouvoir de décision. De notre point de vue, la première dimension du *déni* est donc probablement cette difficulté qu'ont certains patients à reconnaître qu'ils ne sont plus comme les autres et qu'ils ont perdu cette possibilité de contrôler leur consommation.

En guise d'illustration, pour qu'un logopède puisse entamer une rééducation chez un patient aphasique, il doit commencer par lui faire remarquer son aphasie. De manière répétée, il doit le confronter au cours du processus de revalidation à ce qui ne va pas, dans le but de corriger le déficit. C'est un travail sur l'*anosognosie*. Pour certains aphasiques, blessés par la maladie, il peut y avoir également une dimension de *déni*. La rééducation passe alors par une étape plus délicate encore. Le logopède doit leur faire percevoir l'étendue de la perte, ce qui précipite souvent le patient aphasique dans une dépression profonde.

Il en est de même de certains patients alcooliques. Ils ont perdu le contrôle sur la boisson et ne veulent pas l'admettre. Ils tentent une sorte de bras de fer contre l'alcool, dont ils sortent toujours perdants. En effet, ils mènent un combat contre les propriétés biologiques de leur cerveau. Cette question peut probablement être nuancée. Il n'est pas impossible qu'un travail psychothérapeutique qui aurait un impact positif sur certaines réactions émotionnelles ou le suivi stricte de certaines règles de consommation⁵ puisse dans certaines circonstances permettre une restriction de la consommation. D'une manière générale cependant, la réponse clinique qui peut être apportée à cette *anosognosie* consiste à expliquer au patient la réalité biologique à laquelle il est soumis. La personne dépendante de l'alcool qui continue à consommer des boissons alcoolisées dans l'espoir de maintenir une consommation modérée vient braver les propriétés biologiques de son cerveau, comme le chauffard au volant de son véhicule vient braver les lois de la

5 Roussaux, J.P., Faoro-Kreit, B., Hers, D., « L'alcoolique en famille », dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques, De Boeck, Bruxelles, 2000.

physique. Cette prise de conscience est souvent difficile et prend beaucoup de temps.

Les données des neurosciences et plus particulièrement des recherches en psychopathologie cognitive et en neuropsychologie nous renseignent sur d'autres dimensions de l'*anosognosie* et du *déni*.

Les premiers éléments qui ressortent de ces recherches sont les troubles des fonctions exécutives, qui ont été bien étayés chez les patients alcooliques⁶ et qui sont également associés à un risque accru de rechute après sevrage⁷. Elles participent à une difficulté d'anticipation et de réponse à des situations nouvelles et imprévues. Elle participe probablement aussi à l'*anosognosie*. Ils présentent en plus régulièrement des difficultés à anticiper. Lorsqu'on interroge ces patients en fin de sevrage sur les difficultés qu'ils pourraient rencontrer vis-à-vis des boissons alcoolisées, ils disent qu'ils n'en voient pas et n'imaginent aucun changement dans leur mode de vie. Chez ces patients il nous arrive de les interroger très concrètement sur ce qu'ils vont faire les différents jours de la semaine pour solliciter leurs capacités d'anticipation. Cette discussion précise, heure par heure de leurs occupations est d'une grande utilité. Elle ramène le patient à des aspects très concrets de son existence qui bien souvent sont négligés au profit d'une vision floue et idéalisée du quotidien.

L'alexithymie, qui est un concept repris par le champ psychanalytique comme par le champ de l'approche cognitive, pourrait aussi participer au *déni* de l'alcoolisme ou en tous cas au *déni* de la possibilité d'une rechute. Ce néologisme a été proposé par Sifnéos en 1972 à partir de racines grecques « a – lexis – thymia » pour désigner l'incapacité des patients souffrant de pathologies psychosomatiques à lire et à dire leurs propres émotions, ce qui rendait difficile une démarche psychothérapeutique de nature introspective⁸. Il s'agit donc à l'origine d'un concept issu du champ psychanalytique mais qui a depuis lors fait l'objet de nombreuses recherches avec une approche empirique. Ces recherches ont notamment permis de montrer que cette dimension de personnalité était très fréquente chez les patients souffrant d'assuétudes et touchait en particulier 50% des alcooliques pour lesquels elle constituait un facteur de rechute après sevrage⁹. On peut tout à fait imaginer que cette

6 Noël, X., Van der Linden, M., Schmidt, N., Sferrazza, R., Hanak, C., Le Bon, O., De Mol, J., Kornreich, C., Pelc, I. & Verbanck, P. (2001). Supervisory attentional system in nonamnesic alcoholoc men. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1152-1158.

7 Noël, X., Sferrazza, R., Van der Linden, M., Paternot, J., Verhas, M., Hanak, C., Pelc, I. & Verbanck, P. (2002). Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc-bicisate spect and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependant patients. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 347-354.

8 Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press

9 Corcos, M. & Speranza, M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris : Dunod

difficulté de différenciation et d'expression des émotions participe à une difficulté à anticiper les risques liés à l'alcoolisme. Lorsque nous interrogeons les patients sur les événements qui précipitent une rechute, un certain nombre d'entre eux nous l'expliquent comme la réponse à une émotion, qui peut être positive ou négative. Notre travail consiste alors à réfléchir avec ces patients à une manière différente de répondre à leurs affects, par exemple en les exprimant et en s'interrogeant sur les événements qui les suscitent et éventuellement en recherchant des réponses différentes. Nous proposons que chez les patients alexithymiques, leur déficit de différenciation émotionnelle ne leur permette pas de prendre conscience des émotions à l'origine de la rechute. On imagine bien que chez ces patients, l'alexithymie participe à une incapacité à prévoir la rechute et donc à l'*anosognosie*. Le travail à propos de la réponse à apporter aux émotions sera chez ces patients précédé d'un travail de qualification de l'affect.

Les différentes facettes de l'*anosognosie* développées plus haut viennent enrichir et compléter la dimension psychanalytique du *déni*. Elle fait intervenir de manière importante la dimension subjective et intersubjective. Il est essentiel de tenir compte de cette dernière pour pouvoir proposer un accompagnement adapté à ces patients. Dans la théorie psychanalytique le terme *déni* a souvent été utilisé pour décrire la perversion, comprise comme un *déni* de la différence des sexes, de la castration ou de l'absence de pénis chez la femme. Dans le cas de l'alcoolisme, le *déni* est un rejet de la réalité de la consommation. C'est à cette dimension du *déni* que nous allons nous intéresser. Le terme psychanalytique de *déni* traduit une « suspension du jugement » par rapport à une affirmation, contrairement à la négation qui consiste à « nier purement et simplement une affirmation ». Le *déni* semble reposer en fait sur une difficulté à donner du sens ou du moins un sens personnel à la réalité. Le sens donné aux événements par un individu dépend fortement de son histoire mais aussi de la référence aux figures parentales premières et à leur discours. L'instance psychique en jeu dans le mécanisme du *déni* semble être le Surmoi, sorte de « réservoir des messages parentaux ». La domination de ce Surmoi (et du regard qui y est associé) conduit le sujet à ignorer la contradiction. Le *déni* de la réalité reviendrait à éviter que les choses ne soient articulées en terme de contradiction, ce qui

induit une suspension du jugement sur la réalité. « C'est comme si un des registres du Moi se manifestait irréductiblement tributaire de la nécessité, perçue par lui-même comme vitale, de maintenir son rapport d'allégeance avec un représentant surmoïque »¹⁰. Le déni passe donc par un clivage du Moi. Il traduit également un défaut d'individuation du sujet, tributaire qu'il est du regard ou des idéaux des autres. Une part du travail consiste à soutenir le patient dans l'affirmation d'idéaux qui lui sont propres. La rechute peut souvent être comprise comme une réaction d'effondrement lorsqu'il continue à poursuivre des idéaux et objectifs qui sont éloignés des siens.

On peut donc dire que le tiraillement du Moi soumis aux injonctions du Surmoi donne lieu à un effondrement narcissique. Ce Moi clivé est indubitablement fragile. L'alcool vient jouer un rôle particulier dans l'économie de ce Moi fragilisé. Elle le soutient dans sa fragilité. Clavreul a décrit ce rôle de la consommation de boissons alcoolisées qui accompagne des modifications importantes et oscillatoires de l'économie du Moi¹¹. Pour Clavreul, durant les périodes d'ivresse, le sujet ressent une toute puissance narcissique, propre au « Moi Idéal ». Durant les périodes d'abstinence au contraire, il se comporte comme un bon père de famille, un époux ou un patient idéal, se conformant ainsi à « l'Idéal du Moi » ou du « Surmoi ». Dans les périodes d'abstinence, sous ces injonctions, il pourra difficilement reconnaître sa dépendance alors qu'il se sait jugé par le regard de l'autre. Certains patients alcooliques, notamment des parents, parlent souvent de la crédibilité qu'ils peuvent perdre aux yeux de leurs enfants lorsqu'ils ont consommé. Leur histoire et leur relation parentale ne leur permettent pas de se percevoir comme dépendants de l'alcool, abordant le vice de leur voisin de chambre comme étant tout simplement étranger aux raisons de leur hospitalisation. Ces faits rappellent la contradiction abordée précédemment.

Outre ce fait, une personne chez qui tout, autour de lui, tend à s'écrouler ne peut que difficilement reconnaître cette alcoolodépendance. Au fléchissement narcissique répondent des éléments de la réalité. En effet, un patient qui vient de perdre successivement travail, conjointe et famille, peut difficilement admettre qu'il perd également son propre contrôle. Nous ne sommes pas forcément tenus de le lui faire admettre. L'obliger à reconnaître cette défaillance fragiliserait encore plus son Moi.

10 Penot P., *Les figures du Déni*, Dunod, Paris, 1990

11 Clavreul J., « La parole de l'alcoolique », dans *La Psychanalyse*, vol. 5, p. 257-280, 1959

Rappelons le rôle tout à fait central que Freud accorde au narcissisme, dont les défaillances peuvent conduire à la psychose ou la mélancolie. Ceci nous amène à être vigilant dans le cas de la problématique alcoolique, pathologie caractérisée par la fréquence élevée des suicides violents. Le cadre que nous allons construire doit donc tenir compte du fait que souvent, s'ils ont entrepris une démarche d'abstinence, c'est que nos patients étaient à la limite de l'effondrement narcissique. Ces patients admis dans notre service traversent en fait une sorte de crise narcissique. La description que nous ferons de notre cadre de travail mettra bien en évidence toute l'attention portée au Moi et à la dimension de crise qu'il traverse.

Construction d'un Cadre : Nous avons construit un cadre de travail qui tire parti des possibilités qu'offre un abord à la fois somatique et psychiatrique/psychologique.

Le terme « cadre » désigne les conditions dans lesquelles se déroulent les rencontres avec le patient. Il y est fréquemment fait mention dans les textes psychanalytiques, probablement dans des sens différents. Le petit Robert donne plusieurs définitions du cadre. Dans un sens littéral, il désigne soit la bordure qui entoure un tableau ou une glace, soit un châssis fixe ou une armature (par exemple le cadre d'un vélo). Au sens figuré, il désigne soit ce qui entoure ou vient accueillir un espace, une scène, une action, soit un plan, une structure, un ensemble de règles imposées par l'institution. Deux dimensions transparaissent donc dans ces définitions : un cadre comme bordure, arrière plan, paysage, qui contient la scène et le cadre comme armature, ossature ; un cadre qui entoure et un cadre pour tenir droit.

Notre cadre de travail peut être décrit succinctement de la manière suivante :

La difficulté de ces patients d'accepter l'idée de se faire soigner pour une problématique psychiatrique nous a amené à choisir le nom d'Unité Intégrée d'Hépatologie. Cette dénomination fait référence à la facette organique plutôt qu'à l'aspect psychiatrique pour avoir plus de chance de toucher ces patients, en ménageant la blessure narcissique que représente encore le fait d'admettre d'avoir un problème de santé mentale. Cette petite unité accueille des patients alcooliques pour deux séjours d'une semaine, séparés d'une semaine de retour à domicile.

Un bilan internistique et neurologique est réalisé lors de **la première semaine d'hospitalisation**, ainsi qu'une première rencontre avec le psychologue et le psychiatre et, éventuellement, un membre de l'entourage. Un sevrage sera également réalisé pendant cette première semaine, si nécessaire. S'il le souhaite, le patient peut également demander le passage d'une assistante sociale et souvent d'une diététicienne.

La **semaine de retour à domicile** a pour fonction de permettre au patient d'être confronté à nouveau aux circonstances dans lesquelles il consomme, et d'en prendre note pour pouvoir en rediscuter lors de la deuxième semaine d'hospitalisation.

Au cours de la **deuxième semaine d'hospitalisation**, quelques examens complémentaires seront peut-être nécessaires pour achever le bilan internistique, neurologique ou neuropsychologique. Cette deuxième semaine sera cependant essentiellement consacrée à la rencontre des psychologue et psychiatre avec qui sera discutée l'instauration d'une stratégie de maintien de l'abstinence.

La fonction principale de ces prises en charge est d'instaurer un questionnement sur les habitudes de boisson. Sur un aussi court séjour, il nous est impossible d'entreprendre un réel travail psychothérapeutique. Ce type d'hospitalisation est plutôt le lieu pour entreprendre de premières ébauches de réflexions. Lorsque pour certains patients, l'accès au service est l'occasion d'une première rencontre avec un « psy », il constitue une sorte d'initiation à un mode de pensée introspective ou d'une pensée sur les enjeux dans lesquels ils sont pris. Certains patients nous rapportent d'ailleurs parfois leur sentiment d'être entendus pour la première fois. Ces rencontres ont valeur d'entretiens préliminaires. Un suivi extérieur, psychologique ou psychiatrique sera souvent proposé afin d'améliorer les chances de succès du projet d'abstinence pour permettre aux patients de découvrir les raisons qui les ont amenés à boire ainsi que les mécanismes qui ont perpétué leurs habitudes.

Spécificités de notre cadre thérapeutique

Notre unité présente un certain nombre de spécificités qui la différencient et la rendent complémentaire des prises en charge en milieu psychiatrique ¹².

12 Toussaint A., de Timary P., « Sortir l'alcoolique de son isolement », *Journal des Pharmaciens de Belgique*, 2006

Cette unité a comme particularités d'être une unité ouverte et de partager les locaux avec d'autres activités médicales. Par ailleurs, la prise en charge s'effectue en deux étapes successives et est pluridisciplinaire. L'équipe infirmière ne possède pas au départ de formation psychiatrique spécifique.

La présentation non psychiatrique contribue probablement à déstigmatiser ces prises en charge et améliorer l'accès aux soins pour ces patients.

Enfin, comportant des dimensions somatiques et psychiatriques, ce cadre peut être compris à la fois comme un dispositif de soins et comme un dispositif destiné à la symbolisation des problématiques sous jacentes.

La condition minimale pour que le travail autour de l'alcool puisse avoir lieu, est que le patient en souffrance narcissique se sente réellement accueilli. Ce n'est que lorsque l'accueil est réussi qu'une rencontre peut avoir lieu, et permettre alors réellement le développement d'un travail de symbolisation.

L'accueil

Au moment où nous démarrons le projet, les interrogations de l'équipe infirmière sur ces patients alcooliques et le type de travail possible avec eux, nous en dit long sur la manière dont l'alcoolisme est perçu. Un travail a été entrepris avec l'équipe autour de la fonction d'accueil.

Notre cadre de travail a été élaboré pour ménager la fragilité narcissique des patients. Le cadre de travail au sein de notre unité est centré d'une part sur l'attention portée au corps de par la prise en charge internistique et la présence de l'équipe de nursing qui soutient ce narcissisme fragilisé.

Le travail d'accueil nécessite que soit respectée la singularité de chacun dans l'ensemble de la structure de soins. Le travail d'accueil n'est également possible qu'après avoir préalablement construit un cadre institutionnel rassurant, dont la conception a été pensée pour reconnaître au patient alcoolique une place de patient à part entière. Le cadre que nous avons construit est à la fois très ouvert (la porte en est ouverte) et très défini (les moments d'entrée et de sortie sont définis à l'avance, les patients

signent un contrat qui précise les attentes que nous avons vis à vis d'eux durant le séjour, ils savent qui ils vont rencontrer, autour du projet précis de réflexion sur les habitudes de boisson).

En démarrant le projet, nous avons fait le pari que les patients pourraient supporter le sevrage, sans imposer un temps d'enfermement, tel qu'il est préconisé dans le plupart des institutions psychiatriques. Ce pari s'est avéré payant, puisque nous n'avons constaté de consommation que dans 7% des cas, malgré l'importance de l'appétence pour l'alcool en début de sevrage. Ceci signifie que les patients sont capables la plupart du temps de résister par eux même à l'envie de boire. La porte ouverte nous semble également revêtir une importance symbolique. Elle témoigne au patient notre confiance dans sa capacité à rester abstinent et le place d'emblée en position de responsable principal de son abstinence. Par ailleurs, le fait que le séjour ne soit pas marqué d'emblée par une dimension coercitive, n'induit pas de tentation de prendre le contre-pied de ce qui est proposé, pour transgresser une autorité qui leur semblerait abusive. Ce type de cadre qui serait très probablement inadapté à une population de toxicomanes pour qui l'assuétude est trop importante pour que la porte soit laissée ouverte convient aux patients alcooliques qui apprécient le respect qui leur est signifié de cette manière.

La question de l'accueil n'est cependant pas uniquement portée par le cadre. Elle est répartie entre les différents intervenants. L'hétérogénéité au sein des soignants est source de richesse pour une intervention intégrée de nos différents points de vue. Chaque intervenant déploie un potentiel soignant propre à ses fonctions. Il parle d'une place différente, selon sa fonction. Aussi, le temps réservé à la prise en charge intrahospitalière ainsi que la temporalité de notre pratique ont un impact sur le type d'accueil réservé aux patients alcooliques.

Comment recevoir le patient alcoolique en unité d'alcoologie ?

- Accueillir le patient implique de tenir compte des contre-attitudes des soignants

D'une manière fréquente à l'hôpital général, les patients alcooliques suscitent chez les soignants des contre-attitudes négatives. Ils apparaissent trop clairement aux yeux des soignants

comme les agents principaux de leur propre maladie. Si les études de psychologie de la santé soutiennent clairement que 50% des affections somatiques ont pour origine plus ou moins directe les comportements des patients, les soins à l'hôpital sont classiquement prodigués pour des affections dont l'origine est indépendante de la volonté du patient. Dans bien des situations, on s'attaque aux conséquences corporelles sans aborder la question du comportement ou des habitudes. L'idée que le soigné soit un des agents de sa propre maladie exaspère certains soignants. Dans le cas des patients alcooliques, ce sentiment est très répandu. Ces patients sont considérés comme de « faux malades » ou des faibles, dont la dégradation est la conséquence de leurs fautes. Ces patients sont dès lors parfois délaissés. Il est difficile de comprendre qu'ils ne respectent pas les prescriptions d'abstinence, qu'ils reviennent en rechute, avec une situation somatique souvent aggravée. Si le rejet est assez souvent exprimé, d'autres contre-attitudes, telles que l'impuissance, l'ennui, le dégoût, et parfois la haine même sont difficiles à aborder parmi les soignants. Or, s'il s'agit d'accueillir le patient alcoolique dans ce qu'il vient déposer comme demande d'aide, mais aussi comme limites et résistances à se faire apprivoiser par autrui. Il s'agit, comme le propose JP Descombey, d'analyser nos contre-attitudes de soignants pour les transformer de freins gênants la rencontre en éléments « pouvant être considérés comme révélateurs, partie intégrante de la clinique de l'alcoolisme »¹³. Cette démarche permettrait de mieux saisir les problématiques auxquelles sont confrontés nos patients. La prise en considération des contre-attitudes doit permettre au thérapeute de retrouver une liberté de pensée et de ne pas rester, soit bloqué dans une impossibilité de travail, tant les sentiments négatifs à l'égard du patient prévalent, soit engagé dans une attitude d'activisme thérapeutique, qui risquerait d'amener l'illusion de la toute-puissance de l'instance soignante face à cette problématique complexe. Cette pensée qui inclut les émotions induites par les patients est de nature à permettre des propositions thérapeutiques réalistes, parfois originales, et qui souvent touchent par leur justesse le patient dans le processus de soins dans lequel il est engagé.

– Accueillir l'individu implique de pouvoir entendre son discours

13 – Descombey J.P., *Précis d'alcoologie clinique*, Dunod, Paris, 1994.

« Il est de la responsabilité du soignant de s'exercer à entendre le discours du patient au-delà de son caractère apparemment stéréotypé, fait de lieux communs, d'aphorismes et de paraboles à formulation dépersonnalisée (le *on* à la place du *je*) »¹³. Il peut souvent s'agir d'un discours qui n'est pas singulier et qui ne leur appartient pas vraiment. Peut-être se demandent ils si ce n'est pas cela que nous voulons entendre? Ce discours est souvent le reflet de la fragilité narcissique dans laquelle ils sont et dont on devra forcément tenir compte. Il est le discours du *déni*. Parfois par contre, le discours recèle de riches formules qui condensent leur histoire, voire dévoilent le nœud de leur problématique. Une des fonctions importantes de l'accueil est probablement de donner assez d'éléments de réassurance sur le plan narcissique pour qu'ils puissent se défaire de ce discours plaqué car il existe presque toujours un écart entre ce qu'ils sont et ce qu'ils peuvent monter d'eux. Il s'agit avec eux de trouver un style relationnel qui leur permette de ne plus devoir faire cette démonstration d'eux même et d'alors vraiment parler d'eux. L'abord somatique est tout à fait rassurant à ce sujet. Il permet en quelques sortes de se détourner un peu de cette question narcissique. Il constitue souvent le sujet qui permet la rencontre. Il est intéressant à plusieurs titres : il témoigne de la préoccupation que nous avons pour eux et est à ce titre renarcissant; il constitue un sujet concret et grave, qui de ce fait ramène des éléments de réalité, et permet de sortir du discours dépersonnalisé. L'abord par la question somatique permet d'initier la rencontre sur un ton plus proche de la réalité du sujet.

D'autres éléments du discours peuvent également heurter le soignant : son caractère anémotionnel qui le rend peu vivant, ne suscite pas les échanges; la dimension narcissique, difficile à entendre, parce qu'elle traduit cet écart entre le discours et ce que la personne est, parce qu'elle masque mal la souffrance et la fragilité, mais aussi parce qu'elle tient peu compte de la place de l'autre, du soignant.

Enfin, une des questions difficilement acceptée du côté des soignants est la question du mensonge. Dans un certain nombre de cas cependant, les aberrations du discours peuvent être comprises comme une difficulté à anticiper ou à se faire à la réalité de l'alcoolisme plutôt que comme un mensonge. Bien souvent en effet, le patient peut être sincère dans son souhait

et sa promesse de ne plus boire, promesse qui correspond à une croyance consciente dans ses capacités d'abstinence qui sera contredite par un mouvement implicite, actuellement difficile à prévoir, et l'amènera à rechuter. Fernando Geberovitch a montré très clairement comment, il pouvait tirer parti dans une de ses interventions cliniques, d'une description des motivations contradictoires, implicite et explicite d'une patiente qui réagissait au fait qu'il n'était pas prêt à lui accorder sa confiance dans sa capacité à maintenir une abstinence¹⁴. La rencontre, programmée dans de notre *setting* hospitalier lors de la semaine de retour à domicile, avec la réalité de l'alcool est une manière pour le patient de confronter ses capacités supposées de résistance à l'alcool avec ses capacités effectives dans un contexte quotidien. L'expression par le patient d'une crainte de retour à domicile, qui témoigne de ses capacités à anticiper une éventuelle rechute, est pour nous de bon pronostic. Le cadre thérapeutique scindé répond de manière naturelle à cette question et nous dispense de lutter et argumenter contre la conviction du patient. Ceci permet éventuellement une meilleure adéquation entre le discours et la réalité.

– Quelle recherche peuvent entreprendre le soignant et le soigné ?

Accueillir le patient alcoolique, c'est accepter le risque de se retrouver dans une position soignante – peut-être un peu bancale – et d'ouvrir des pistes à la recherche de perspectives thérapeutiques. Le patient alcoolique, aux prises avec une consommation qui le domine, se retrouve fréquemment sans espoir dans l'avenir, comme sans issue face à ses problèmes. Or, dans notre position de soignants, nous sommes animés par le désir d'élaborer des hypothèses sur les raisons pour lesquelles ces patients sont démunis pour arrêter ce processus destructeur d'alcoolisation. Nous désirons en quelques sortes leur faire découvrir des solutions, qu'ils détiennent vraisemblablement à leur insu, à leurs interrogations et conduites.

A quel moment et en quel lieu nos démarches peuvent-elles dès lors se rencontrer ? En effet, le discours de l'alcoolique peut surprendre par son appel au désir de l'autre ; comme soignants, nous pouvons avoir le sentiment que le patient alcoolique attend de nous que nous donnions sens à son discours tout en nous laissant l'impression qu'il ne fera rien de notre interprétation.

14 Geberovitch F.,
*No Satisfaction –
Psychanalyse du
Toxicomane*, Albin
Michel, Paris, 2003

Le travail des soignants est de susciter chez le patient des bribes de motivations, agies ou pensées, afin de parvenir tout au long de la prise en charge à une motivation plus large, au changement de vie qu'est l'abstinence. Tout ce processus est aux mains du patient lui-même mais ne sommes-nous pas comme soignants investis du maintien du questionnement? Ne devons-nous pas continuer à nous interroger sur les rôles impartis à l'un et à l'autre? En ce sens, la proposition par M. Monjauze de l'existence d'une *clé cachée* a retenu notre attention : « On peut considérer que chaque patient possède à son insu sa clé pour ouvrir la prise en charge. Au soignant de lui trouver la serrure correspondante. Cette clé est cachée quelque part et ce que dit ou ce que fait le patient donne des indices permettant de progresser. C'est l'évaluation aussi bien du positif que du négatif, l'observation de ce que le patient laisse entendre qui va permettre la découverte »¹⁵.

Pour conclure, s'il est possible de clore ce chapitre sur l'importance de la qualité de l'accueil, nous emprunterons quelques phrases à J.Schotte qui souligne les valeurs essentielles à soutenir pour ce qui est *en jeu* dans la fonction d'accueil : « Tout cet espace que l'on essaye de créer possède une certaine capacité à porter, à tenir, à contenir [...] il faut donc créer un espace qui soit un support. On dénigre la psychothérapie de support, mais la dimension de support est la base même de toute psychothérapie, même si, à des niveaux plus complexes comme dans une analyse, on se meut dans d'autres sphères. Sans support de base, les autres sphères ne sont pas travaillables. La base est ce sur quoi on s'appuie pour faire autre chose [...] C'est par cette sphère de base qu'il faut commencer si l'on veut réaliser une rencontre ».¹⁶

Temporalité du cadre : redonner un mouvement au temps

15 Monjauze M., *La part alcoolique du Soi*, Dunod, Paris, 1999.

16 Schotte J., *Esquisse phénoménologique de la rencontre primordiale*, 1998

La plupart du temps, la première rencontre avec le patient se déroule lors d'un entretien de préadmission, quelques jours avant l'hospitalisation. C'est la situation la plus propice, car elle permet avec le patient de différencier son engagement personnel de la pression exercée par l'entourage. Cette demande d'aide qui constitue une démarche extrêmement pénible pour

le patient, survient le plus souvent après plusieurs mois ou plusieurs années d'hésitation du patient ou de la famille. Si elle est formulée, c'est le plus souvent que la situation est devenue critique.

Cette demande d'aide constitue souvent pour le patient une étape décisive dans son histoire personnelle. Il nous semble important qu'elle puisse être entendue rapidement et qu'une proposition de soins soit rapidement offerte. La rapidité de la réponse peut sembler saugrenue pour une affection chronique. C'est la nouveauté de la demande et non celle de l'affection qui la justifie. L'urgence de la demande traduit le plus souvent cette dimension critique. Cependant, l'urgence peut également chez certains patients être l'expression d'une dimension impulsive de la personnalité et méritera alors éventuellement d'être différée. Ceci pourra être repéré lors de cet entretien préalable. Enfin, dans d'autres cas, l'urgence sera à proprement parlé médicale.

Nous avons décrit plus haut à quel point le patient dépendant perd sa liberté face à la boisson. L'alcool devient un élément organisateur de son existence et va en particulier régler l'organisation de son temps. Les journées se répètent dans une similitude accablante. Le temps de l'hospitalisation vient rompre cette monotonie. Le soignant se doit, le plus souvent au cours de l'entretien de préadmission, de resituer cette hospitalisation comme un moment qui s'inscrit dans une chronologie particulière, avec *un avant* et *un après* et la faire remarquer au patient lui-même. Différer le temps de consultation du temps d'admission permet au médecin de garder une position soignante modeste vis-à-vis de la force du mécanisme de l'affection. Il peut alors se décaler de la toute-puissance supposée que lui accorde les familles ou l'individu lui-même. Ce temps de consultation rappelle que la désintoxication, bien qu'incontournable, ne constitue jamais la finalité absolue du traitement. Dans la droite ligne de la conception de la cure proposée par Roussaux *et al.*, nous soutenons que « la désintoxication, comme l'abstinence ultérieure, ne sont que des moyens, ou mieux des passages obligés pour atteindre le but que constitue une vie plus satisfaisante »¹⁷. Cette vie plus satisfaisante passe par une redécouverte du temps. Il nous est donc apparu comme essentiel que notre cadre de travail tienne compte de cette temporalité.

17 Roussaux, J.P., Faoro-Kreit, B., Hers, D., « L'alcoolique en famille », dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques, De Boeck, Bruxelles, 2000.

D'une part, le temps de l'hospitalisation est un temps de retraite, un temps pendant lequel un regard différent peut être porté sur l'alcool, les habitudes de vie... Il procure souvent chez les patients un apaisement, très perceptible chez nombre d'entre eux pour qui les transitions (sortir de l'isolement, démarche de la première prise de contact, admission à l'hôpital,...) génèrent de fortes angoisses. L'hospitalisation est l'occasion pour eux de redécouvrir l'anticipation. Pour que le patient puisse anticiper, il faut que l'anticipation ne soit pas trop anxiogène. Aussi, une attention toute particulière doit être accordée à accompagner les patients dans ces passages anxiogènes. L'hospitalisation scindée permet d'aborder concrètement cette dimension d'anticipation. Elle se différencie des hospitalisations de patients alcooliques en psychiatrie en programmant l'anticipation. Ce rétablissement d'une certaine temporalité permet non seulement de travailler la question douloureuse de la séparation mais aussi d'inscrire d'emblée le projet d'abstinence dans une perspective à plus long terme (le temps présent n'est plus figé mais s'ouvre vers autre chose...). Nous nous permettons de reformuler la proposition de Roussaux, en décrivant la désintoxication comme une étape assez facilement franchie lors de séjours hospitaliers. Par contre l'abstinence ultérieure constitue un défi de taille difficilement accessible et qui ne pourra être tenu que s'il s'accompagne d'une vie satisfaisante. Ce changement dans la vie de ces patients doit également pouvoir être décrit dans une perspective temporelle, qui prévoit la possibilité de rechutes. Le temps pour changer est souvent long. Il se compte en mois, voire en années, ce qui peut paraître long au patient qui apprend cette nouvelle. Cependant, la plupart du temps, cette durée leur apparaît comme acceptable lorsque nous leur faisons remarquer qu'elle est courte si nous la rapportons à la durée de la période d'alcoolisation.

Enfin, la temporalité rythmée et organisée en deux séquences de sept jours offre un cadre de travail préétabli, qui est confortable pour les soignants, qui dès lors peuvent réserver une plus grande part de leur investissement à la qualité de l'accueil et de la rencontre, tout en se gardant une disponibilité et une souplesse à travailler dans l'urgence et l'exception si une situation clinique l'impose.

Le cadre et la scène qui s'y déroule

Le cadre hospitalier est aussi une scène où vient se dérouler un drame : le drame de quelqu'un qui vient interroger sa manière de vivre et de se mettre en danger. Le décor est dressé, bien connu des protagonistes. Les contraintes temporelles et les règles sont bien établies. C'est un décor de soin, qui n'a rien de factice. La pièce qui s'y joue est cependant différente pour chaque patient. Du côté des soignants, leurs places bien différenciées permettent d'envisager des scénarii variés où chacun occupe une place différente. L'interniste vient rappeler les limites du corps et toutes les conséquences de la consommation. Les infirmières prennent soin, accompagnent. Le psychiatre propose le cadre. Il engage, tout comme le psychologue, une réflexion sur ce qui fait que les patients en sont arrivés à ce niveau de consommation. L'aspect social est pris en compte par l'assistante sociale, les habitudes alimentaires par la diététicienne. La multiplicité des intervenant enrichit la pièce. L'hôpital est aussi un lieu idéal pour la rencontre des familles, dans un contexte dramatisé.

Sur cette scène des liens se tissent. Nous savons à quel point l'alcoolique établit souvent des liens transférentiels très forts avec certains soignants, qui peuvent constituer une entrave à une réelle prise en charge personnelle. Dans notre unité cependant, le cadre prévoit la séparation. Les entrées et les départs sont prévus par le cadre et ne reposent pas sur la décision des soignant. C'est un confort considérable. Ce cadre qui prévoit la séparation établit des limites au transfert et à l'attachement, permet la séparation. Le patient sait au départ que le lien n'a qu'un temps. De plus, le transfert est diffracté entre les multiples intervenants, qui occupent chacun une place différente et seront en conséquence investis différemment. La multiplicité des transferts en atténue probablement la force et l'effet de rupture lié aux départs. Dans ce contexte, le patient prend plus facilement sa position d'acteur auquel le cadre l'invite naturellement. Il sait dès le départ que nous le pensons capable de se débrouiller hors de ce cadre hospitalier, contenant, qui quelques jours plus tôt lui a permis de trouver de l'apaisement. Ce sont probablement ces deux dimensions d'apaisement et de séparation, que Balestrière définirait probablement comme

fonction maternelle et paternelle de notre cadre ¹⁸, qui en constituent un des principaux leviers thérapeutiques.

Pour qu'un tel cadre puisse fonctionner, il faut fréquemment en revenir aux limites. Comme nous l'avons proposé plus tôt, le cadre qui entoure est aussi un cadre pour tenir droit. Si les limites du corps sont rappelées par le gastroentérologue, la question des limites dans l'institution est le plus souvent du ressort du psychiatre et de l'équipe infirmière. Chez un certain nombre de patients la consommation se déroule dans un contexte « d'appel au père », pour reprendre une expression propre à la clinique avec les adolescents, même si souvent ces patients en ont dépassé l'âge théorique. Chez ces patients, pour peu qu'une relation transférentielle suffisamment forte ait pu s'établir avec le psychiatre, il sera souvent utile de prendre argument de l'apparente « fragilité » du cadre et de l'équipe infirmière, au départ peu formée à la clinique psychiatrique, pour sensibiliser le patient aux effets que peuvent produire ses attitudes peu respectueuses. Lorsque le psychiatre, sur lequel le patient porte un transfert idéalisé, avoue son impuissance et son impossibilité à travailler sans le soutien de l'équipe infirmière, il transmet au patient, peut être par un jeu d'identification, d'une part les limites de son pouvoir, d'autre part son respect à l'égard de l'autre. Ceci illustre le type de scène qui peut se dérouler dans ce contexte hospitalier.

Conclusion

Nous avons eu la chance de pouvoir créer une clinique multidisciplinaire d'alcoologie, aux caractéristiques particulières. Cette clinique est complémentaire à plusieurs titres. Elle est complémentaire des autres types d'hospitalisations alcoologiques, en milieu psychiatrique ou internistique. Elle ne s'adresse probablement pas tout à fait aux mêmes patients mais est particulièrement adaptée à recevoir des patients qui, dans un mécanisme de déni ou de honte n'avaient jusqu'alors pas franchi le pas de rechercher des solutions à leur problème d'alcool. Elle est également complémentaire dans le sens où elle articule les bénéfices d'un abord somatique et psychiatrique. Ces deux dimensions du soin s'intriquent de manière assez naturelle dans

18 Balestrière, L., *Freud et la question des origines*, De Boeck, Bruxelles, 1998.

le dispositif que nous proposons, et participent à la difficile prise de conscience par le soigné de la complexité de sa problématique et des enjeux d'une abstinence prolongée pour retrouver une vie meilleure, dont les instants, plutôt que la boisson pourront à nouveau être « sirotés ».

Résumé Le déni est une des dimensions importantes de l'alcoolisme qui participe aux difficultés de ces patients à modifier leurs habitudes de boisson. Prenant en compte le rôle du déni, nous avons construit un modèle de soins hospitalier et pluridisciplinaire pour patients alcooliques qui se préoccupe dans un premier temps de la réalité des répercussions somatiques de la consommation, pour aborder ensuite ce qui perpétue les habitudes de boisson. Ce second biais nous permet, malgré le déni d'aborder les dimensions psychologiques ou psychiatriques de l'affection. Dans ce contexte, la tournure particulière que prend la relation « soignant-soigné », qui articule soins et symbolisation et la manière dont cette relation est utilisée comme levier thérapeutique est abordée de manière détaillée.

Mots clés Alcoolisme, déni, hospitalisation, pluridisciplinaire, scindé.

Summary A complementary “curing model” for alcoholic patients in a general hospital

Denial is a key dimension of alcoholism that participates in the difficulties of these patients to change their drinking habits. Taking into account the role of denial, we have built a new multidisciplinary curing model for alcoholic inpatients, where the consequences of alcohol consumption on the body are evaluated before we start evoking with the patients what may perpetuate the drinking habits. This second step allows us, notwithstanding denial, to evoke the disorder psychological and psychiatric dimensions. In such context, the peculiar form that the “care-giver-receiver” relationship will take, that comprises both cure and symbolisation, and the way this relationship may serve as a therapeutic lever is described in a detailed manner.

Keywords Alcoholism, denial, hospitalization, multidisciplinary, split.
