

# RÉFLEXIONS SUR UNE UNITÉ EXPÉRIMENTALE D'ALCOOLOGIE \*

Docteur Jean-Pierre BOYER  
Docteur Jean-Claude EXBRAYAT  
Bernard VEUJOZ

## INTRODUCTION

---

Si l'alcool est vieux comme le monde, l'apparition de l'alcoologie ne remonte qu'à quelques dizaines d'années.

Dénoncé comme fléau social (plus de 10% de buveurs excessifs dans la population française), l'alcoolisme représente environ 15% du budget de la Sécurité Sociale de par les accidents et maladies qu'il entraîne. C'est la toxicomanie la plus importante avec le tabac auquel elle s'associe souvent. Contrairement aux autres toxicomanies qui ont la faveur actuelle des médias, elle a été retenue très tôt comme danger public, dénigrant comme coupables les surconsommateurs, tout en protégeant les distributeurs. La loi de 1954 a commencé à mettre l'accent sur la maladie alcoolique et donc, sur la nécessité d'organiser soins et prévention. On a vu ainsi apparaître des consultations d'hygiène alimentaire en 1970 dont l'orientation s'est confirmée en 1975 par la création de centres d'hygiène alimentaire, rebaptisés par la circulaire de 1983, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

---

\* Unité Fonctionnelle d'Alcoologie, Service du Dr BOYER, C.H.S., 38120 SAINT-ÉGRÈVE

L'ouverture de ces centres, en offrant un lieu d'écoute spécifique aux patients alcooliques, a contribué à détourner des secteurs psychiatriques le domaine de l'alcoologie qu'ils n'avaient cependant que fort peu investis.

Le traitement des alcooliques, peu gratifiant, suscite comme les intéressés, des préjugés péjoratifs. Les nombreux échecs de l'aide apportée par les soignants à ces "drôles" de clients sont à la fois la cause et la conséquence du peu de moyens et d'intérêt consacrés à ceux-ci.

La tradition et l'intérêt de notre service pour les soins aux alcooliques nous ont amené à créer, il y a 4 ans, une unité expérimentale d'alcoologie dotée de moyens spécifiques adaptés, avec 5 lits de cure et 2 lits de sevrage.

Environ 400 personnes se sont présentées en consultation et nous avons suivi à ce jour en cure, 150 patients dont 111 hommes et 39 femmes de 18 à 77 ans. Le recrutement s'avère très varié, tant en ce qui concerne le milieu socio-culturel que les modes de demande.

À la veille de la transformation de cette unité en service hospitalier à part entière de 20 lits, nous avons ressenti la nécessité de faire part de notre expérience et des réflexions qu'elle a suscitées.

### **Naissance du projet**

L'alcoolisme et les patients alcooliques sont présents partout. Les besoins sont énormes et cependant force nous fut de constater l'inadéquation des réponses qui y sont apportées dans le cadre hospitalier.

Notre idée première fut de tenter cette rencontre entre la demande et sa réponse, peut-être de la démystifier.

### **Le constat d'échec institutionnel**

A Grenoble, avant la mise en place de l'unité fonctionnelle d'alcoologie, il existait déjà une infrastructure relativement importante concernée par les problèmes d'alcoolisation.

En effet, deux centres de soins ambulatoires, nombre d'associations et quelques initiatives en Centre Hospitalier Universitaire ou Centre Hospitalier Spécialisé, se partageaient l'alcoologie.

Cependant, aucune structure hospitalière ne répondait spécifiquement et en totalité à la maladie alcoolique, et aucun lien de coordination n'était établi pour faire avancer efficacement la prise en compte d'un problème aussi grave et répandu.

En hôpital général, l'accent est mis au premier chef sur les dégradations somatiques liées à l'alcoolisation et sur une évolution soulignée par les facteurs biologiques. L'abstinence y est souvent prescrite comme médicament de la volonté et l'intempérance réduite à un comportement péjoratif.

Malheureusement, les C.H.S., armés de par leur mission pour traiter les malades mentaux, n'offrent qu'un éventail thérapeutique peu adapté à la spécificité de la pathologie de l'alcoolique. Celui-ci n'y trouve pas sa place et, dans la mesure où il n'est pas reconnu malade, il est bien souvent considéré comme un parasite pervers, perturbateur, par le personnel tant médical qu'infirmier. Cette position non soignante confine le patient dans une attitude d'intrus et n'aboutit qu'à confirmer les préjugés largement répandus de tare, de vice, de faiblesse morale et de manque de volonté. L'analyse nous pousse à d'autres remarques concernant la difficulté à prendre en charge les alcooliques en service de psychiatrie. Nous serions tentés a priori de constater que ces patients ne sont pas bien différents de nous, si ce n'est qu'ils boivent un peu plus. De par leur statut, ils interdisent au personnel le recours à la protection derrière la différence. Les membres des équipes psychiatriques, quotidiennement interpellés et touchés à un niveau personnel, ont tendance à se

déprimer ; la lutte contre la dépression est recherchée à travers l'efficacité sur les patients. Dans ces conditions, l'alcoolique résiste en laissant toute la responsabilité de son traitement au personnel, qui se trouve ainsi porter seul l'échec.

- "enlevez-moi l'alcool".

- "si ça marche, tant mieux pour moi, si ça rate, tant pis pour vous".

On voit bien que cette lutte stérile ne peut que renforcer la dépression et la remise en question de chacun dans son travail. Au-delà, il n'est pas rare de rencontrer des patients alcooliques dont plus personne ne se soucie vraiment dans les différents services, le renoncement protecteur ayant fait suite à la lutte active. Ces malades, non traités ni même contenus, ne disposent plus de moyens de communication si ce n'est le recours aux manifestations d'appel bruyant, d'agitation, d'agressivité... d'alcoolisation.

Si l'alcoolisme est si difficile à traiter, tant du côté de la médecine somatique que de la psychiatrie, c'est qu'il se trouve au carrefour de ces deux domaines qui n'ont pas vraiment, à ce jour, éclairci leur articulation. En ce sens, on peut le qualifier de maladie "somatopsychique", qui comporte une inscription somatique tout en représentant une tentative de solution à un mal être. En d'autres termes, l'alcool, médicament efficace\* d'un symptôme psychique, devient le toxique qui crée une maladie organique.

### **Axiomes de base pour la mise en place d'une Unité Fonctionnelle d'Alcoologie**

Si la dépendance alcoolique est à entendre comme un symptôme, elle s'inscrit dans le contexte psychopathologique plus général de la maladie alcoolique. La dépendance se définit comme la perte de liberté, perte de liberté du patient, vis à vis du toxique, mais aussi vis à vis du mode de vie attaché à l'alcoolisation.

Au-delà du traitement symptomatique largement représenté par les différentes techniques de sevrage, nous nous sommes attachés à mettre en place des moyens pour que chaque sujet conduise sa réflexion sur son histoire, son mode de fonctionnement (relations, mode de vie, place de l'alcool...) et sur les remises en question que nécessite l'amé-

---

\* Seul produit psychotrope qui peut montrer des vertus anxiolytiques, anti-dépressives ou désinhibitrices selon les besoins de l'individu qui le consomme.

nagement d'un nouvel art de vivre. Notre seule ambition est, qu'en fin de cure, chacun ait réellement amorcé une dynamique de réflexion qu'il poursuivra à sa sortie.

### **LA CURE DE DÉSINTOXICATION-DÉSACCOUTUMANCE ET DE RÉFLEXION : PARCOURS DE L'ALCOOLIQUE DU PREMIER ENTRETIEN A LA SORTIE.**

Pour mieux saisir l'esprit de notre démarche, nous en présentons l'expression concrète sous la forme des différents moyens offerts aux patients qui organisent la cure et en scandent le déroulement.

#### **Les entretiens préliminaires**

Chaque patient candidat pour une cure est d'abord reçu dans le cadre d'une ou plusieurs consultations préliminaires par un médecin psychiatre généralement assisté d'un membre du personnel soignant. Notre attitude a évolué vis à vis de ces entretiens d'admission qui sont devenus des consultations thérapeutiques marquant le véritable début d'un processus de cure. Il n'est pas rare en effet que nous voyons, au cours des entretiens suivants, évoluer la demande et la réflexion jusqu'au moment de l'entrée.

De la qualité de ces entretiens, dépendra la décision quant à l'opportunité d'une cure. Nous y analysons le mode de demande ; qui a pris l'initiative du rendez-vous, le patient lui-même, un proche, un médecin, une assistante sociale... ? Ces entretiens consistent essentiellement en l'étude de tous les éléments permettant d'évaluer la motivation : histoire du sujet, différentes tentatives précédentes de désintoxication, prise en compte de la situation familiale et socio-professionnelle, facteurs qui déterminent la démarche actuelle... Nous mettons aussi l'accent sur le rôle de l'alcool dans l'économie du sujet et sur les risques que comporte le changement. Bien sûr, au cours de ce premier contact, il est important d'apprécier la structure psychique et l'existence de pathologie psychiatrique éventuelle. En effet, si la cure peut s'apparenter à un travail psychothérapeutique, elle ne s'adresse pas à des patients présentant des troubles graves et évolutifs de la personnalité.

Notre souci est d'apprécier avec le patient le meilleur moment pour mettre en place une cure, c'est-à-dire celui qui lui offre le maximum de chances de réussite et d'apprécier conjointement nos capacités à rendre service à chacun d'entre eux. En effet, si l'on entrevoit des risques d'échec - motivation insuffisante, manque de disponibilité matérielle ou psychi-

que -, il semble préférable de différer le traitement ; l'appréciation du bon moment et donc de la maturité de la demande est fondamentale quand on sait que le nombre de possibilités de cures hospitalières "utiles" est limité, les échecs successifs disqualifiant cette modalité thérapeutique. Aussi nous paraît-il important de préserver les chances d'un traitement efficace pour l'avenir. Notre refus d'admission d'un patient n'équivaut pas à un rejet. Sont examinés alors avec lui d'autres moyens d'aide ou de prise en charge. Quant à la cure elle-même, elle est mise en suspens pour, le cas échéant, prendre effet à un moment qui paraîtrait plus opportun.

Les entretiens préliminaires sont l'occasion de présenter la finalité et le mode de déroulement de la cure. Ils s'accompagnent souvent d'une visite de l'unité et d'une rencontre avec les curistes présents.

La décision prise, nous demandons aux patients de s'engager en signant le protocole de la cure et le règlement intérieur\* qui tient lieu de contrat que nous aurons soigneusement lu et discuté ensemble. Le règlement tel que nous l'avons établi, a été conçu pour protéger les curistes pendant leur hospitalisation et pour les inviter à se centrer prioritairement sur eux-mêmes en évitant toute démobilité par la dispersion. Le contrat stipule, outre l'abstinence d'alcool, l'abstinence sexuelle et la limitation des visites, sorties et contacts extérieurs.

#### **La cure**

La cure comporte deux périodes, différentes de par leur contenu et surtout leur rythme. On pourrait parler de "cure à deux vitesses".

**La première semaine** est essentiellement consacrée à l'arrêt de l'alcoolisation dès l'entrée, au repos, à la récupération, à l'installation, en d'autres termes au "temps d'atterrir" qui signifie le temps nécessaire à la fois à l'élimination du toxique et à la sensibilisation aux besoins et rythmes naturels qui apparaissent parfois difficiles à supporter. Les troubles du sommeil sont patents ; les différentes formes d'insomnie mettront, suivant les cas, plusieurs jours ou semaines à disparaître. Cette période nécessite un accompagnement afin que le nouvel état soit toléré, apprivoisé, et qu'une détente commence à s'installer, détente qui signifie pour chacun la confiance qu'il a trouvée dans ses capacités à trouver son rythme et à répondre à ses besoins.

---

\* cf document annexe

D'une façon générale, tous les traitements psychotropes, qui représentent une menace alternative de perte de liberté, sont arrêtés dès l'entrée du curiste ; ce n'est qu'exceptionnellement que l'état du patient nous amène à laisser la première semaine un soutien anxiolytique.

Nous n'avons pas recours aux traitements d'interdiction (Disulfirame) ou de dégoût (Apomorphine), non compatibles avec l'esprit de la cure qui insiste sur la responsabilité du patient. Parmi les techniques de sevrage, nous utilisons le sulfate de magnésium et les perfusions de LEVULOSE, BECOZYME\*, et NOOTROPYL.

L'injection intraveineuse rapide de 10 cc de sulfate de magnésium 15% provoque une sensation de chaleur qui va parcourir tout le corps - d'où l'appellation de "chauffantes" de ces injections - , sensation recherchée dans les cures "sahariennes" pour essayer de créer un conditionnement positif à l'eau. En réalité, c'est le médicament de l'état de manque, donc du sevrage. On peut décrire sommairement son action par celle des ions  $Mg^{++}$  : à forte concentration ils inhibent l'activité spontanée des neurones nor-adrénergiques, d'où détente, relaxation mais aussi diminution de l'état d'excitation, d'agitation et de ses résultantes.

A noter les trois seules contre-indications, mais elles sont formelles :

- Délirium Tremens ou pré D.T.
- Glaucome à angle fermé.
- Insuffisance rénale sévère.

En outre, quelques **temps forts** marquent de leur empreinte l'originalité de la cure :

• **un entretien de groupe vidéoscopé** assuré par le psychiatre dès le premier jour amène chacun à se présenter à sa façon, qui il est et quelles sont ses attentes. Cet entretien oriente et précise la démarche de réflexion des patients. La cassette vidéo sera revue et commentée à la fin de la cure.

• **une réunion d'accueil et présentation** assurée par l'animateur permet d'aborder, en présence des différents membres de l'équipe, les questions pratiques qui peuvent se présenter au cours de la cure.

• à la fin de cette semaine, les patients bénéficient d'une séance de relaxation et de la présentation d'un premier film vidéo sur la dépendance alcoolique.

\* Vitamines B1, B2, B6.

**Les trois semaines suivantes** sont plus spécifiquement consacrées à la cure de réflexion. Dans cette perspective, le **planning\* hebdomadaire** comprend :

• **Deux séances de psychothérapie** de groupe animées par un thérapeute n'intervenant qu'à ce titre auprès des patients. Il s'agit d'un travail individuel réalisé en groupe, qui présente donc l'avantage de susciter des effets de résonance et d'interpellation chez chacun. Il consiste à mettre en évidence les besoins et le projet de changement singuliers.

• **Deux entretiens individuels** assurés par les infirmiers(es).

Ces séances représentent souvent une découverte pour les patients qui se mettent progressivement à investir leur parole. Elles font l'objet d'une supervision régulière.

• **Trois séances de relaxation.**

La relaxation vise principalement à :

• acquérir un outil permettant pendant et après la cure de réhabiliter son corps et de l'investir autrement que comme un lieu de souffrance et de maladie.

• maîtriser les paniques physiques liées au manque ou au stress.

• se libérer des schémas répétitifs de pensée à caractère obsédant.

• compléter la psychothérapie par une approche corporelle de la connaissance de soi en apprenant notamment à se ménager un temps de détente au cours de la journée et à écouter les messages du corps.

• **des activités physiques régulières** dont l'objet est de permettre un réinvestissement du corps et du plaisir à la sensation retrouvée en dehors des fonctions omnipotentes de remplissage et vidange (footing, gymnastique, vélo, natation, équitation, tennis, ...).

A l'occasion de la relaxation et du travail physique, se réveillent, surtout en début de cure avec la levée de l'anesthésie, diverses sensations ou sentiments, comme si se libérait une mémoire du corps qui vient rappeler les accidents, manques ou besoins.

• **un programme de 12 heures d'informations** conduit par un animateur\*\* qui expose l'état

\* Les éléments du protocole sont repris dans le cadre d'un document remis aux patients en même temps que le règlement intérieur.

\*\* Pharmacien, lui-même ancien buveur.

actuel des connaissances pour tout ce qui concerne la maladie alcoolique (biologie, physiologie, psychologie, pathologie, dépendance, etc...). La projection des films vidéo avec discussion vient compléter et illustrer cet apport d'informations qui, sans résoudre la question du pourquoi et du comment de la maladie, apportent au sujet des éléments de compréhension et précisent où se situe sa responsabilité face à l'alcoolisation dans sa vie.

- **une séance hebdomadaire d'art-thérapie** qui, par la médiation du dessin et de la peinture, offre une modalité d'expression susceptible de mobiliser des zones sensibles et de réveiller souvenir et créativité.

**D'autres points marquent l'organisation de la cure :**

- Des rencontres avec d'anciens alcooliques qui trouvent chez les curistes une résonance particulière et amènent des échanges très riches. Viennent à ces réunions des membres d'associations d'anciens buveurs ainsi que des personnes qui ont bénéficié de cette cure et/ou leurs conjoints.

- Quelques jours avant la fin de la cure, est organisée une sortie avec des infirmiers, promenade ou cinéma..., qui se termine au café et permet donc aux patients, toujours protégés par le contrat, de se confronter de façon expérimentale à la réalité extérieure.

- Afin de préparer dans les meilleures conditions possibles la sortie et le suivi, le psychiatre propose une rencontre avec le curiste et son conjoint ou ses proches. En effet, compte-tenu du changement que le patient a commencé à mettre en œuvre à titre personnel, est à considérer le risque que comporte le retour, à l'issue des 4 semaines d'hospitalisation, dans le milieu de vie habituel.

- Si de nombreuses activités sont organisées et font partie intégrante de la cure comme nous venons de le voir, les patients ont à gérer des plages de temps informelles qui n'en sont pas pour autant vides de sens ou de réflexion. Dès l'entrée, les patients reçoivent un cahier sur lequel ils pourront écrire ou dessiner tout ce qui leur passe par la tête, réflexions, idées, images, sensations...

- L'entretien de groupe enregistré le premier jour sera revu en fin de cure. Associée à la dimension temporelle, la confrontation des patients à leur propre image est source d'émergences émotionnelles qui teintent la qualité de cette séance.

- Le dernier jour, les curistes seront à nouveau réunis pour un entretien de groupe vidéo sur le même modèle que l'entretien d'accueil. La similitude des situations permet aux patients de retracer la trajectoire de leur cure et de resituer cette tranche de vie dans leur propre histoire.

- La cérémonie de clôture, si on peut l'appeler ainsi, est marquée par une lettre qu'ils s'écrivent à eux-mêmes comme s'ils écrivaient à leur meilleur ami et qu'ils recevront 15 jours plus tard à l'adresse qu'ils auront indiquée sur l'enveloppe.

L'un de nos soucis permanents au cours de cette cure est d'envisager d'emblée l'après cure. Si d'une façon générale, nous ne prévoyons pas personnellement de poursuite en maison de repos, nous prenons toutes les dispositions pour que la suite du traitement et de l'aide nécessaire soit organisée et investie bien avant le jour de la sortie (liaisons avec les médecins généralistes, les psychothérapeutes, les associations d'anciens buveurs et centres de soins...).

En effet, nous avons pris le parti de n'assurer en aucune façon la suite de la prise en charge. Si nous avons permis aux patients de mettre en route une dynamique de changement, il nous paraît fondamental qu'ils vivent l'expérience de la séparation et du sevrage de la mère hospitalière nourricière et protectrice, pour poursuivre leur chemin maturatif.

## LES HOSPITALISATIONS POUR SEVRAGES

Notons en outre que pour répondre à l'attente tant des patients que de nos collègues, nous offrons un autre type de prestations sous la forme d'hospitalisations (1 à 2 lits) pour sevrages d'une semaine à 10 jours. Ces hospitalisations sont consacrées à l'arrêt de l'alcoolisation, la restauration physique, biologique et l'orientation ou la sensibilisation pour un travail à long terme.

Les admissions se font dans la mesure des places disponibles, sur indication médicale et après accord entre médecin du service et médecin prescripteur.

Nous sommes ainsi en mesure d'accueillir en urgence des personnes qui se trouvent dans un tel état de détresse physique ou psychique - parfois suite à une rechute - qu'elles s'accrochent à tout ce qui peut représenter le moyen d'éviter le point de non retour.

Notre expérience nous a montré qu'en aucun cas un contrat de sevrage ne devait être

considéré comme une "mini-cure". En effet, le temps de la récupération et le temps de la réflexion doivent être suffisants pour dégager un sens.

Les personnes hospitalisées dans ce cadre bénéficient d'un protocole de soins semblable à celui de la première semaine de cure et participent en outre à certaines des activités offertes aux curistes.

## RÉFLEXIONS

Le protocole met bien en évidence que l'ensemble de l'offre vise à ouvrir au maximum le champ pour que s'exprime la responsabilité du patient en veillant à protéger cette "aire de jeu" des projections et projets des soignants. A titre d'exemple, pour bien montrer que cette frontière est fragile et que l'équipe a gagné ce terrain libre un peu comme l'on fait les hollandais en gagnant des polders sur la mer, s'est souvent posé la question de la limite effectivement fragile entre donner les moyens de dire et faire parler.

Le champ psychodynamique de l'alcoolisme ouvre un domaine tout à fait original vis à vis de la pathologie de la personnalité. L'alcoolisme est maladie mais l'alcool est aussi médicament dans le sens où il représente ce qui permet de masquer au sujet un mal être, donc d'en contrefaire le traitement. Ce n'est bien souvent qu'après le sevrage que se révèle la souffrance sous-jacente. Derrière l'alcoolisme, se cachent l'isolement, la dépression ou la perturbation des liens affectifs. L'alcool, médicament miracle, permet non seulement de faire le mal être mais aussi de renforcer l'illusion toute puissante de mieux être, mieux communiquer, mieux s'exprimer... L'alcoolisation, selon les besoins du consommateur, tantôt remonte le moral, tantôt apaise ou permet de lutter contre les pulsions agressives, ailleurs elle favorise la restauration narcissique, ou facilite les échanges, elle rend également possibles certains passages à l'acte, libère le comportement sexuel... Elle suscite des mouvements pulsionnels multidirectionnels, mettant en évidence des qualités qui ne s'expriment pas à jeun, ou à l'inverse inhibant l'authentique de certaines caractéristiques de la personnalité comme une façon d'autoriser soit l'expression du Dr Jekyll, soit celle de Mr Hyde. L'inadéquation d'un tel système de fonctionnement ne peut que finir par le mettre en déroute.

Le patient s'est aménagé un subtil équilibre de vie où l'alcool a joué et joue son rôle. Plus rien ne devient progressivement possible sans cet

adjuvant essentiel... et le parfait équilibre commence à subir quelques préjudices, désordres somatiques, difficultés relationnelles, professionnelles, familiales, conjugales...

Notre patient peut-il se résumer au statut de malade de l'alcool ? Peut-on envisager dans cette optique que la suppression pure et simple de l'alcool le "guérira" ?... Un tel raccourci ne peut être qu'un leurre, comparable aux idées reçues et préjugés populaires que véhicule l'ivrogne. Au-delà du symptôme, au-delà de la maladie, au-delà de la perversion de comportement, l'alcoolisme est un mode de vie.

*"Aidez-moi à arrêter de boire", "je veux en finir avec l'alcool", "j'attends de vous que vous me soignez de l'alcool" ou "que vous m'aidiez à me sortir de là, de l'engrenage de la boisson"...* Quelle que soit la formulation de la demande initiale, sur le mode passif *"soignez-moi"* ou actif et plus responsable *"je veux me soigner, aidez-moi à me soigner"*, celle-ci tourne toujours autour de l'alcool, agent toxique, identifié et élevé au rang de personne persécutrice, de piège ou de maladie. Le vocable alcool vient remplacer le terme alcoolisation excessive, accentuant la responsabilité du toxique aux dépens de celle du sujet qui s'avoue impuissant face à la tentation ou maladie qu'il nomme alcool et situe comme extérieure à lui. C'est donc à partir du constat *"je n'y arrive pas seul, c'est trop difficile, c'est plus fort que moi"* que s'exprime la demande de traitement, exprimée alors comme si la cure de désintoxication relevait du même procès que l'opération chirurgicale. *"Ma vie avec l'alcool est devenue insupportable, ça me rend malade... Si je ne bois plus, tout ira bien, je serai guéri"*.

Dans les entretiens préliminaires et au cours de la 1<sup>re</sup> semaine, nous interrogeons les patients au-delà de la demande immédiate sur leurs projets : *"arrêter de boire pour quoi faire ? Comment envisagez-vous l'avenir ? Quels sont vos projets ? Comment allez-vous "remplir" votre vie autrement que par l'alcool ?"*...

Nous nous rendons compte de l'extrême difficulté pour les patients alcooliques à se décoller mentalement de ce rapport au toxique, à imaginer la vie sans lui, sans ce rapport avec lui, à imaginer le vide ou l'espace libre que son absence va mettre en évidence. Ce mode de pensée privilégie les formulations privatives ou négatives *"je fais la cure pour ne pas reboire, ou pour ne pas tomber malade, mourir, emmerder le monde, perdre mon boulot, ma*

*femme, mes enfants*... la peur nourrissant la motivation "supprimer l'alcool pour éviter le négatif, les inconvénients, les risques".

Le projet se définit alors par *"je tiendrai le coup"*. La vie s'organisant toujours autour du "coup", qu'il soit à boire ou à tenir, c'est bien d'une relation à l'alcool et de la poursuite du combat contre la tentation que se soutient le projet d'avenir.

Il nous a fallu un certain temps, individuellement et aussi collectivement pour nous décoller nous aussi de ce projet réduit à l'expression d'une demande prétexte - arrêter de boire - et ne plus éprouver de déception ou de tristesse devant les rechutes auxquelles nous avons assisté.

Progressivement, nous nous sommes rendus compte que l'alcoolisation excessive basculant dans la maladie alcoolique, manifestait clairement le symptôme d'un mal-à-vivre, appelant au-delà de la suppression du symptôme alcoolisation, à une remise en question des choix de vie, de l'art de vivre et du plaisir d'être.

La démarche volontariste d'abstinence revient à supprimer les bénéfices secondaires du symptôme sans modifier le mal de vivre. Dans ces conditions, "tenir le coup" se révèle rapidement une position aliénante et "intenable" qui ne semble avoir pour seul remède que la reprise bienfaisante et soulageante de l'intempérance. L'abstinence ne pourra se vivre sans risque qu'à condition qu'elle n'occupe plus qu'une place réduite dans l'esprit du sujet, ce qui suppose un profond travail de réaménagement tant dans son économie interne que dans sa sphère relationnelle.

L'alcoolique qui cheminera vers la prise de conscience de ce qu'il a besoin d'automédiquer, de la fonction positive de l'alcool dans son existence, sera en mesure de choisir d'orienter sa vie dans un processus de changement ou de renoncer à s'arrêter de boire. Tenir à un projet de vie en s'appuyant sur la découverte ou la redécouverte de capacités, qualités ou potentialités intimes oubliées, tel est l'enjeu auquel nous apportons notre concours.

Il est apparu de la sorte que l'objectif des soignants n'était pas le même que celui des patients. Notre activisme du départ a progressivement laissé davantage de place à la reconnaissance de la responsabilité de chaque sujet. Parallèlement, notre propre responsabilité s'ancre de plus en plus sur notre offre plutôt que sur l'attente d'un résultat immédiat. Aussi,

notre désir de changement n'est pas que notre client ne boive plus ; qu'il décide de reboire ou non, cela est son affaire, la nôtre est de lui offrir les moyens de reprendre sa vie en mains, de refaire ses choix, en changeant en particulier son rapport à sa propre parole, en réinvestissant sa pensée, sa réflexion, sa responsabilité en quelque sorte vis à vis de ses orientations à venir, affectives, professionnelles, relationnelles... Notre objectif est d'améliorer notre offre et les outils que nous proposons - cf protocole de la cure - en approfondissant notre découverte ou connaissance sur les ressorts de fonctionnement du sujet éthylique, et par là même dans sa confrontation avec nous-mêmes. Nous avons progressivement, dans ce cheminement, amené des modifications notables de notre fonctionnement et de nos préjugés, signe de notre évolution.

Le fait de ne plus ressentir de dépression ou de culpabilité vis à vis de l'échec des patients, a amélioré considérablement la qualité de la relation thérapeutique. Notre désir étant différent de celui du patient et détaché de lui pour s'exercer sur les moyens que nous offrons aux fins de faire évoluer la réflexion, a créé un espace libre, laissant toute la responsabilité à la personne pour mener son projet de vie pendant et après la cure. Il n'est pas rare que les "échecs" des patients, nous les considérons paradoxalement comme des réussites pour notre part, quand par exemple une personne refait une demande de cure et que nous nous rendons compte que sa façon de penser et d'envisager les choses a notablement changé et donc qu'elle a bénéficié des moyens proposés.

Ceci nous amène à quelques réflexions sur le sens de la rechute.

L'expérience nous a montré l'intérêt que peut représenter pour bon nombre de patients l'existence d'au moins une rechute. Les hypothèses actuelles sur l'alcoolodépendance nous permettent de concevoir la réalité de l'intoxication sous la forme suivante : "repandre un verre, ce sera reprendre la bouteille et au-delà, retrouver par là même un mode de vie ancien". Or, si nous adhérons à la valeur opérationnelle de ce concept, la réflexion qu'a pu nous apporter la connaissance désormais plus affûtée des sujets alcooliques nous a conduit à ne plus réduire leur pronostic à cette assertion. La persistance de l'intoxication, que le sujet boive ou non, ne doit pas scotomiser le sens que peut avoir la curiosité ou la tentation, et la mise en jeu de la problématique

conflictuelle de choix que sous-tend le désir, désir de cheminer vers la construction d'un autre art de vivre, désir qui pousse à retrouver la jouissance de l'alcool. A tout mettre sur l'effet du toxique, on risque de masquer la dimension du sujet et, d'une certaine manière, de disqualifier sa responsabilité.

Un phénomène a attiré notre attention : si des rechutes se manifestent assez souvent à la suite d'un stress, d'un conflit ou d'une difficulté importante, dans de très nombreux cas, les patients nous signalent que cette rechute intervient pour eux de façon incompréhensible, alors que tout va bien et qu'il n'y a aucun problème. Il semblerait que ce phénomène s'apparente au mode de pensée du vide et du plein. En effet, beaucoup de problématiques qu'il nous a été donné d'entendre tournent autour d'une perte, d'un deuil, d'un vide, d'un manque que l'alcool aurait eu pour fonction de combler, l'équivalent vide-dépression ne faisant que stimuler la quête d'absolu. Ainsi, quand "tout va bien et qu'il n'y a pas de problème", c'est comme si la vie n'était pas vécue pleinement et que le manque pouvait s'apparenter alors à un manque d'excitations, d'émotions fortes, qu'elles soient de nature positive ou négative.

Les patients, de même que les soignants, mesurent mal la brutalité et l'importance du changement que peut représenter l'arrêt de l'alcoolisation et les répercussions que cela peut entraîner dans l'investissement d'autres modes de relation. Pour l'entourage, les conjoints en particulier, ce changement espéré est à l'origine de réactions de très forte inquiétude quant à l'avenir. Certaines épouses expriment leur désarroi et leur panique en découvrant une personne qu'elles ne connaissaient pas. Les repères et connivences relationnelles n'existent plus. Madame X en témoigne à sa façon : *"j'ai l'impression d'avoir affaire à une personne que je ne connais pas, je ne sais pas comment m'y prendre, je ne sais pas ce qu'il peut arriver"*.

Une grande partie de la cure tourne autour de la parole de l'alcoolique, ce qui peut paraître paradoxal quand on sait que ce type de patient est généralement qualifié d'être sans parole, en qui on ne peut pas faire confiance. Tous les moyens mis en place soulignent la valeur qui est accordée à la parole du pa-

tient, à ce qu'il peut avoir à répondre (responsable) des compromis, évitements, aménagements, que l'alcool l'a aidé à effectuer. En effet, c'est bien de toute cette façon de vivre qu'il faudra reparler et requestionner si l'alcoolique veut se passer de ce toxique. Pour des gens qui soit-disant parlent peu, nous sommes souvent étonnés de l'intérêt et du plaisir qu'ils ont à utiliser la parole en fin de cure. La bouche qui était investie autrefois comme essentiellement consommatrice d'un produit à sensations, devient productrice de sens pour le sujet lui-même.

Un des thèmes insistants de la cure qui revient pour chaque patients est celui du rapport tant avec son passé qu'avec une possibilité de projection dans l'avenir. Le processus répétitif de l'alcoolisation avec ses cycles d'abstinence-rechutes témoigne d'une position défensive investissant grâce à un lien privilégié avec le toxique un présent borné au passé de la dernière cuite et à l'éternelle tentative d'abstinence renvoyée au lendemain. La réintroduction du passé de même que la proposition de se projeter dans l'avenir redonnent vie à la dimension d'une histoire et d'un parcours individuel dont le sujet devient le héros. Ce travail psychique de recréation et réécriture de sa propre histoire est un préalable indispensable à toute possibilité de changement ; il se joue dans un double mouvement, dans des directions indissociables l'une de l'autre. En effet, le sujet réhabilite les différentes étapes de son passé et organise parallèlement une sorte de mémoire du futur auquel il pourra se référer et qui s'appuie sur son désir. Bien souvent, ce mouvement de réhabilitation de l'histoire est suscité par le réveil de la mémoire du corps que permet la levée de l'anesthésie.

Si, au début, l'intérêt d'un domaine nouveau nous a amené à réfléchir, écrire, discuter, la dynamique de réflexion s'est avérée et demeure pour nous une nécessité, comme une sorte de protection contre la routine, la chronicité ou la répétition, autrement dit, contre l'engluement dans un présent, à l'image de la position en miroir présentée quotidiennement par nos clients. Ceci explique notre intérêt à recevoir des visites, critiques, à accueillir des stagiaires, à développer de nombreuses relations professionnelles, comme éléments venant alimenter notre projet d'évolution.



## **RÉSUMÉ**

Les auteurs font part de l'expérience de quatre années d'existence d'une unité d'alcoologie en milieu hospitalier spécialisé. Partant du manque institutionnel et de l'analyse des besoins en matière d'alcoologie, ils définissent un mode original de prise en compte de l'alcoolisme, fondé sur la responsabilité du patient.

En cette période charnière qui doit voir l'unité expérimentale s'élever au rang de service hospitalier autonome, ils proposent les réflexions qu'ont pu leur inspirer le travail et sa dynamique d'évolution auprès de personnes alcooliques.

# RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Cette unité propose une cure destinée au traitement des patients alcoolo-dépendants. Son but est d'offrir aux patients les moyens les plus adaptés pour rompre avec la dépendance alcoolique et envisager un nouvel équilibre de vie.

Ce règlement tient lieu de contrat auquel s'engagent les deux parties.

## I - Fonctionnement

- a) L'hospitalisation est d'une durée de quatre semaines débutant au dimanche après-midi avant 17 h et finissant au vendredi à 16 h.
- b) Pendant la cure, le patient ne pourra pas quitter l'enceinte de l'hôpital. Ce contrat étant aussi un contrat de confiance, aucune contrainte, en particulier vestimentaire, ne sera appliquée.

Si une permission se révélait nécessaire, le médecin responsable de l'unité serait seul habilité à l'autoriser.

Dans ces situations exceptionnelles, le service s'engage à accompagner le patient. Aucune permission de nuit ou de week-end ne pourra être accordée pendant la cure.

- c) Le patient qui accepte la cure s'engage à suivre toutes les activités thérapeutiques corporelles ou de réflexion.
- d) La consommation d'alcool ou de drogue sous quelle que forme que ce soit (eaux de Cologne, parfums, eaux de toilette, etc...) sont interdits.
- e) Toutes relations amoureuses et sexuelles sont proscrites pendant la cure.
- f) La télévision ne pourra être regardée qu'après 19 h 30 la semaine et de 7 h 30 à 22 h 30 le week-end (sauf si une activité est prévue).

Les radios et lecteurs de cassette sont autorisés s'il ne créent pas de nuisances sonores.

- g) Relations avec l'extérieur :

- Le courrier n'est pas limité.
- Des messages téléphoniques peuvent être enregistrés et remis aux patients. Les appels vers l'extérieur se font depuis les cabines publiques (conciergerie, administration). En aucun cas le téléphone de l'unité ne peut être utilisé pour des communications personnelles.

- Les visites à l'hôpital ne sont autorisées que le samedi après-midi et le dimanche.
- Les patients hospitalisés dans d'autres services de l'hôpital ne sont pas autorisés à pénétrer dans l'unité à quel que titre que ce soit.
- Toutes ces mesures visent à ce que l'essentiel de la cure soit consacré au travail de changement recherché et à éviter la dispersion.

## II - Argent et valeurs

Le service ne pourra en aucun cas être tenu responsable des pertes et des vols éventuels. En conséquence, il est fortement conseillé aux patients d'utiliser les services de la Trésorerie pour leur argent, chèquiers, bijoux ou autres objets de valeur, et de ne conserver qu'une somme minimum.

## III - Relations entre patients et entre patients et équipe soignante.

Ces relations sont basées sur le respect réciproque, tant sur le plan matériel que sur le plan de la personne.

Il s'applique au bruit, au respect des horaires, de l'hygiène, et spécialement de l'hygiène corporelle etc...

Il est souhaitable que chacun, patient ou membre de l'équipe, fasse connaître à tous, les situations ou comportements qui risquent d'être générateurs de conflits par le non-dit ou les soupçons.

A tout moment une alcoolémie peut être demandée tant par le personnel que par le patient lui-même.

En cas de conflits, ceux-ci sont évoqués et dépassés en groupe.

## IV - Discipline générale

Le règlement général de l'hôpital est applicable aux patients et aux intervenants.

La loi s'applique également dans l'établissement.

Ce règlement sera porté à la connaissance de toutes les personnes intéressées et à la signature des patients.

Toute rupture de contrat est prise en compte en mettant fin à l'engagement réciproque et s'accompagne de la sortie du patient.