

Dr Pascal Menecier*, Mme Loetitia Rotheval**, Mme Delphine Lefranc***

* Praticien hospitalier, Unité d'addictologie, Consultation mémoire, Hôpital des Chanaux, F-71018 Mâcon Cedex. Docteur en psychologie, Institut de psychologie, Université Lumière Lyon 2. Représentant régional Bourgogne-Franche-Comté de l'association ELSA France.

Courriel : pamencier@ch-macon.fr

** Psychologue clinicienne, *** Infirmière, Unité d'Addictologie, Hôpital des Chanaux, Mâcon, France

Reçu octobre 2016, accepté janvier 2017

L'alcoologie de liaison

Proposition de repères cliniques

Résumé

Le développement des soins aux sujets relevant de troubles de l'usage de substance a, en France, un versant hospitalier, dont l'activité de liaison est un pilier. Développée sur le modèle de la psychiatrie de liaison, l'alcoologie de liaison est l'une des premières modalités du développement de l'addictologie à l'hôpital. Si les références organisationnelles sont nombreuses pour développer une Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), les repères cliniques sont rares pour aider les agents dans une relation de soin atypique, par les conditions de brièveté et d'unicité de la rencontre et la nécessité d'établir un lien pour rapidement le défaire en relayant vers d'autres professionnels. Nous proposons d'aborder en dix points l'essentiel des éléments structurant l'activité clinique en alcoologie de liaison, considérant tour à tour les conditions pour pouvoir : parler d'alcool à quelqu'un qui ne demande rien, oser parler d'alcool et d'autres substances, travailler avec l'urgence, composer avec les pressions ou les contraintes aux soins, travailler avec la répétition et l'échec, repérer puis prendre en compte les conduites addictives, éviter le piège de la causalité, intervenir dans un temps limité, renoncer à mesurer les effets de ses interventions, et enfin travailler avec tous les soignants.

Mots-clés

Alcoologie de liaison – Addictologie de liaison – Hôpital – Soins.

Le développement de l'addictologie hospitalière, dans les suites d'avancées initiales autour de l'alcoologie ou de la toxicomanie, a laissé une place importante aux activités transversales. Alors que l'activité d'addictologie de liaison est l'un des premiers requis de toute unité d'addictologie hospitalière (1) et de tout établissement disposant un service d'urgence (1, 2), cette activité est

Summary

Alcohol liaison medicine: proposal of clinical marks

In France, the development of care for persons suffering from substance use disorders has a hospital side, whose liaison activity is one of the legs. Developed on the model of liaison psychiatry, alcohol liaison medicine is one of the first terms of the development of addiction medicine at the hospital. If many organizational references can be found to develop a liaison and care team in addiction medicine (ELSA), clinical markers are scarce to help caregivers to develop an atypical care relationship, according to the conditions of brevity or uniqueness of the meeting, and the need to establish a link and quickly undo it and pass on to other professionals. We suggest to approach in ten points the essential structural elements for a clinical activity in alcohol liaison medicine, considering successively the requirements for: talking about alcohol with someone who asks for nothing, daring to speak about alcohol and other substances, responding to emergencies, coping with pressures and constraints of care, working with repetition and failure, screening and taking in account the addictive disorders, avoiding the trap of causality, intervening in a limited time, waiving to measure the effects of his/her interventions, and finally working with all the care providers.

Key words

Liaison addiction medicine – Alcohol liaison medicine – Hospital – Care.

particulière, ne ressemblant à aucune autre discipline ni équipe mobile (en gériatrie, douleur ou soins palliatifs), si ce n'est à la psychiatrie de liaison dont elle s'est inspirée (3).

Avec la diffusion de l'acronyme ELSA (Équipe de liaison et de soins en addictologie) (2), l'activité de

liaison en addictologie devient connue, tout au moins dans son appellation, même si elle est parfois confondue en résumant (à tort) l'ensemble de l'addictologie hospitalière. Parmi les missions des ELSA, l'activité clinique est première, inhabituelle, loin des pratiques de soins classiques de cette discipline (2, 4). Pour élaborer leurs pratiques cliniques, les acteurs de l'addictologie de liaison (médecins, psychologues, infirmiers...) ont besoin de références dans un domaine où le soin n'a été que très exceptionnellement théorisé.

Que ce soit de nouveaux agents intégrant une équipe ancienne, ou des agents initiant une activité d'addictologie de liaison, les professionnels se retrouvent confrontés à une activité innovante. Comment les aider à concevoir une activité clinique en addictologie de liaison, plutôt que de laisser chacun développer ses pratiques selon sa formation initiale, ses formations continues et ses expériences professionnelles, pour ne pas dire ses improvisations de soins ?

Contexte de l'activité de liaison à l'hôpital

Aspects cliniques de l'activité de liaison parmi les missions des ELSA

À l'ère de l'addictologie, il peut sembler passéiste de reconvoquer la notion d'alcoologie, de se centrer sur une seule typologie de consommation, plutôt que de garder l'ouverture aux divers comportements pouvant aboutir à des pratiques addictives. Cependant, dès la circulaire initiale de 2000 sur l'addictologie de liaison, il était rappelé que *“les populations dépendantes, si elles se recouvrent en partie, sont loin de se confondre”* (4). Nous avons fait le choix de centrer ce propos sur l'alcoologie, dans un modèle développé cliniquement depuis une vingtaine d'années en établissement hospitalier où l'équipe rédactrice de ce texte a mis en place une procédure de rencontre du lendemain des intoxications éthyliques aiguës hospitalisées (5-9).

À l'hôpital, l'alcool est toujours la première substance psychoactive apparaissant dans les soins, à côté du tabac, avant que ne viennent d'autres produits licites ou illicites, et de rares addictions sans substance (10). L'exemple proposé autour de l'alcool peut ensuite servir de référence théorique à d'autres typologies de

consommations ou de comportements, et aider d'autres approches cliniques d'une activité hospitalière qui ne sélectionne pas les personnes abordées et qui rencontre de nombreux polyconsommateurs, même si un produit d'élection peut émerger (11), ici l'alcool.

De la psychiatrie à l'addictologie

L'addictologie de liaison (4), faisant suite à l'alcoologie de liaison (12), s'est développée à l'hôpital en s'inspirant de la mise en place de la psychiatrie de liaison (3), une quinzaine d'années après l'essor de cette dernière (13). Sur cette base, l'activité de liaison n'est pas que la moins valorisante des modalités d'exercice hospitalier d'une spécialité, même si elle peut dérouter les cliniciens (14). Les vocations pour n'exercer qu'en addictologie ou psychiatrie de liaison sont exceptionnelles... Il s'agit surtout de rencontres, plus ou moins fortuites, avec une modalité d'exercice, qui ouvrent ensuite vers une activité clinique spécifique (7, 14).

Jusqu'en 1996, l'activité de liaison reposait essentiellement sur des initiatives sporadiques de cliniciens (médecins ou psychologues), au caractère parfois expérimental même s'il pouvait être ancien (15). Les deux circulaires fondatrices remontent à 20 ans (avril et septembre 1996), énonçant successivement les notions de liaison aux toxicomanes (16) puis d'alcoologie de liaison (12). Ce fut sur le versant des soins aux toxicomanes, le développement initial dans les établissements parisiens d'Équipes de coordination et d'intervention mobile auprès des usagers de drogues (ECIMUD, dont l'acronyme persiste parfois) (17) ou en alcoologie avec les débuts de l'alcoologie de liaison notamment en régions. Puis des activités et des équipes se sont multipliées, soutenues par les textes réglementaires et renforcées par des financements spécifiques. Vingt ans après, certaines équipes sont anciennes, avec expériences et transmissions de connaissances aux nouveaux soignants, alors que d'autres équipes créent seulement leurs activités (18), découvrant les particularités du travail en liaison à l'hôpital.

De l'alcoologie à l'addictologie

Depuis l'an 2000, l'addictologie de liaison est devenue la référence dans le domaine (1, 2, 4, 19, 20). La circulaire initiale (4) décrit le travail de liaison en trois points, avec des missions de *“former et assister les*

équipes soignantes”, “élaborer des protocoles de soins et de prise en charge” et “intervenir auprès de personnes ayant des conduites addictives”. Ces objectifs cliniques ciblent tous les services hospitaliers (notamment les services d’urgence), tous les publics (particulièrement les jeunes et les femmes enceintes) (2, 18).

L’activité a ensuite fait l’objet d’un guide de bonnes pratiques diffusé par le ministère de la Santé en 2003 (20), qui n’aborde pas spécifiquement la relation de soin. Puis en 2005, la rédaction de rapports standardisés d’activités a été demandée à l’ensemble des équipes (19), ce qui devrait être renouvelé à partir de 2017, sur la base d’une nouvelle version adaptée. Le dernier texte officiel encadrant l’addictologie de liaison remonte à 2008 (48). Il précise la place des ELSA au sein de l’ensemble la filière de soin addictologique hospitalière (dans ses trois niveaux) et propose dans son annexe 3 la version la plus récente d’un référentiel d’organisation de ces soins (2). Actuellement, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 confirme le souhait de poursuivre le développement et le renforcement des ELSA dans des établissements de santé et “*d’accentuer leur action dans les établissements autorisés en psychiatrie*” (18).

Un relatif paradoxe apparaît entre la diffusion de l’appellation d’ELSA et le peu de références cliniques à propos de son développement, au-delà de circulaires la décrivant et d’une majorité de la littérature qui s’intéresse aux aspects organisationnels (5, 19, 21-26). Même s’il existe quelques récits d’expériences (7, 15, 23, 27-29), nous avons voulu tenter de proposer des repères cliniques pour intervenir en addictologie de liaison. L’arrivée à l’hôpital est l’occasion de rencontrer des soignants, autant leur donner les clés pour aborder le mieux possible ces malades.

L’alcoologie de liaison par étapes

1 – Parler d’alcool à quelqu’un qui ne demande rien

L’activité d’addictologie de liaison conduit à rencontrer des personnes avant qu’elles ne le demandent formellement. La question de la demande de soin, si présente en médecine (15), notamment en psychiatrie, prend un aspect différent en addictologie. Il s’agit alors moins d’une non-demande de soin que d’une absence

de demande explicite (15), ou à l’inverse, de demandes multiples (et parfois non concordantes) pouvant émaner du patient, des soignants ou des familiers (30).

Complexe, la demande de soin en addictologie peut autant être verbalement exprimée qu’agie... L’addictologie est un domaine où les affects sont peu exprimés, au profit d’agir, souvent invoqués entre l’alexithymie et le déni (31). L’arrivée à l’hôpital est un acte à part entière au décours d’un parcours de consommations. Ni fortuit, ni simplement inopiné, il ne relève pas que du hasard. Venir ou être amené à l’hôpital, aussi déroutant que cela puisse paraître, peut constituer en soi une forme d’appel, d’attente de soins. Plutôt que de parler, exposer sa situation avec des mots, “*l’alcoolique vient témoigner de son état*”, il se contente de se montrer plutôt que de demander (32). Alors la réponse doit devancer les mots dans une “*avance de la parole*” (32), en effectuant un pas vers l’autre dans une forme “*d’aller vers*” (9), ce qui a aussi été théorisé comme un soutien motivationnel et un accompagnement dans les stades du changement (31). Ce déplacement vers l’usager d’alcool est aussi physique, dans une mobilité allant de service en service, au chevet du malade, parfois de manière répétée pour espérer aboutir à une première rencontre, dans une forme de nomadisme de la pratique, assez éloignée de l’image du soignant attendant de recevoir sur rendez-vous dans son bureau personnalisé...

Il ne sert à rien, voire même il peut être préjudiciable d’attendre une demande verbale explicite, tout en ne pouvant justifier aucune forme de projection sur le soigné, en le qualifiant d’alcoolique ou d’addicté avant même qu’il ne s’exprime. Alors un espace étroit se profile pour parler d’alcool avec quelqu’un qui ne le demande pas encore, pour développer une offre d’aide et de soin, en collaboration avec la personne, le malade. L’activité de liaison propose de favoriser la mise en lien : avec le futur soigné en addictologie, avec ses entourages familiers et avec les professionnels (non spécialisés) qui viennent de l’accueillir. Les liens (qui partagent la même étymologie avec la liaison) concernent aussi la mise en relation entre les consommations de substances et les dommages amenant à être hospitalisé.

Avant tout, et même avant de nouer un lien pour envisager des soins, il convient d’accueillir l’usager d’alcool à l’hôpital sans immédiatement le rejeter, même s’il peut être rebutant. En d’autres termes, ne pas perdre de vue que souvent, la première consultation se centre moins sur le contenu thérapeutique que sur l’établisse-

ment d'une relation (28). Il convient aussi de disposer de temps et surtout de consacrer du temps à cela, priorisant les objectifs cliniques parmi les activités des ELSA (2).

2 – Oser parler d'alcool et d'autres substances

Parler d'alcool avec une personne, qui en ressent des dommages et qui se retrouve hospitalisée autour de cela, est d'abord une prise en considération de ses difficultés et de sa souffrance (5). Se parler est le premier soin. La reconnaissance des difficultés de santé et la mise en relation avec une origine alcoolique est un préalable pour envisager de modifier ses comportements (6).

Parler d'alcool avec une personne en difficulté avec le produit n'a rien de traumatisant ni d'intrusif, pour peu qu'un minimum de conditions soient respectées. D'abord d'intimité et de discrétion, pour un entretien qui requiert de se dérouler dans un lieu calme, sans voisin de chambre, famille ni tiers imprévus. Qui a travaillé à l'hôpital sait que réunir ces conditions peut être difficile, et que l'intervenant en liaison devra chaque jour négocier ses conditions d'exercice.

La rencontre de liaison ne se fait que rarement dans un bureau dédié, essentiellement par absence de lieu accessible dans les unités de soin... Ainsi, la recherche du lieu adapté à la rencontre, avec un minimum de tranquillité sans dérangement par des tiers, est parfois compliquée dans des établissements (anciens) où prédominent les chambres à deux lits. Cette contrainte d'architecture et d'organisation des unités de soins amène à devoir composer entre un idéal de cadre (architectural et référentiel) pour la rencontre et une réalité souvent moins glorieuse : entretiens dans une chambre vide, un local technique, ou parfois le bureau du cadre de santé. S'adapter et composer avec la réalité n'impliquent pas de devoir tout tolérer et d'accepter, sans un minimum d'accueil pour un malade à l'hôpital et d'accueil de l'intervenant de l'ELSA dans chaque service.

Ensuite, décrire un cadre de référence à l'échange est indispensable (7, 33), se présenter avant d'engager un dialogue. L'échange initié ne peut ni de doit malmené les divers mécanismes de défense qui peuvent apparaître dans le discours du soigné, dont le déni, si souvent invoqué en alcoologie (31). La parole peut composer avec cela, circuler autour de ces protections (7), sans chercher à les faire céder.

Pour se parler, il faut aussi, comme ailleurs en santé, utiliser un langage adapté, professionnel, sans être trop technique ou ésotérique, ni inversement trop simplifié, familier ou trivial, comme on le rencontre parfois autour des addictions (34, 35). Le malaise soignant à parler de consommation de substances psychoactives, ou de l'usage répété qui ramène à l'hôpital, ne justifie jamais de s'adresser à un soigné différemment qu'à tout autre malade : c'est-à-dire sans proximité excessive, ni recours systématique à l'humour, ou la vulgarité...

Parler d'alcool conduira à évoquer d'éventuelles autres consommations de substances psychoactives, actuelles ou passées, pouvant ouvrir à des conduites addictives. La manière dont sera énoncée l'interrogation en conditionnera l'acceptation, car même si chacun a des représentations variables des dangers respectives des substances psychoactives, il n'y a aucune raison de renoncer au systématisme de ce type d'évaluation ouverte. Sur cette base, une approche spécifique peut se développer, tout en luttant contre la banalisation de certaines consommations par rapport à d'autres : le tabac (par certains soignants) ou le cannabis (par certains patients) à côté de l'alcool.

3 – Travailler avec l'urgence

Entre les brefs délais pour intervenir (imposés par des séjours plus en plus courts) (7, 9), la célérité réclamée par des demandes (qui doivent être satisfaites au plus tôt) (3), la nécessité d'interventions précoces (dès la récupération somato-psychique de l'intoxication éthylique aiguë notamment) (5, 6, 27), le souhait d'éviter les entretiens dans la dernière heure d'un séjour (avant une sortie conditionnée par la rencontre d'un alcoologue), les conditions pour établir un lien thérapeutique en addictologie (28) ne sont pas optimales, alors que le moment est opportun.

L'appellation de service des urgences transparaît vite dans des fonctionnements soignants, où tout devient immédiat, urgent, ne tolérant aucune attente, tendant même à se conformer au fonctionnement de certains consommateurs. Résister à cet emballement, différer (un peu) les réponses au-delà de l'immédiateté attendue, apparaît indispensable, sans pour autant donner une impression de désintérêt (36), de méconnaissance du fonctionnement hospitalier et ainsi invalider l'addictologie de liaison tout en voulant la promouvoir. S'il est urgent de répondre vite, il convient de toujours prendre

le temps de penser ses actions (36), de prendre le temps de penser sur ses propres pensées, de réfléchir avant d'intervenir dans les soins : avant d'agir.

L'espace est restreint dans ce tourbillon de recherche de solutions pour préserver un moment d'échange, d'élaboration, de mise en pensée des actes et de mise en perspective des soins (à un moment où ils ne sont parfois pas encore envisagés).

Composer avec des temporalités différentes entre les malades, les soignants, les entourages peut sembler une gageure pour les ELSA. Elle est cependant une base de l'intervention de liaison, justifiée pour une efficacité des soins (6, 37). L'urgence, plutôt qu'une contrainte et un fardeau, peut devenir une force et une dynamique dans les soins (36), à condition de composer avec elle, sans s'en laisser envahir, ni submerger.

4 – Composer avec ou sans les pressions, injonctions ou contraintes aux soins

L'arrivée à l'hôpital est rarement souhaitée ni choisie. Elle s'impose au sujet par un accident, une maladie et un niveau de soins requis. Parallèlement, l'arrivée urgente à l'hôpital autour de conduites addictives se fait à un moment de crise, de remise en question, qui peut constituer un terreau favorable au changement et au développement de soins (37). En se rappelant que la grande majorité des patients qui entrent en soin en addictologie en centre spécialisé le font sur pression extérieure (27), la rencontre en alcoologie de liaison n'est plus si singulière que cela.

Une démarche (et une demande) de soin, alors qu'elle est en cours de réappropriation, d'élaboration et de formulation, n'est pas moins valide. "*Revenez quand vous serez motivés n'est plus une réponse thérapeutique acceptable*" (38), pas plus que de demander de revenir sans avoir consommé, ce qui indirectement suggère de ne consulter qu'après être sorti de l'addiction... Même sur incitation familiale, professionnelle ou soignante, la rencontre en alcoologie de liaison est un moment privilégié, de remise en question, d'ouverture vers des aides ou des soins, propice à l'intervention des soignants (5, 37). Ce moment est aussi un moment d'affaiblissement narcissique du sujet (28), le rendant encore plus sensible aux approches ou interventions, dont le professionnel de l'addictologie de liaison pourra tirer profit, sans pour autant en abuser. L'intervenant en liaison participera à

la transformation de la contrainte de l'hospitalisation et des soins en un choix et un projet de vie.

Si les ELSA ne sont pas directement confrontées aux injonctions ou obligations de soins émanant de la justice (même si certains patients se présentent aux urgences dans des suites de condamnations), les formes de pressions extérieures sont plus insidieuses, par exemple lorsque des familiers ou proches, avec de possibles ressorts affectifs, menacent de rupture de liens à défaut de soins.

Les familles (parents, conjoints, enfants...) peuvent être présents (et même très présents), source de ressentis pesants, au travers de leurs demandes pressantes. Ils peuvent aussi être absents, sans qu'il ne faille trop rapidement s'en réjouir, en référence à un modèle systémique des soins dont l'intérêt en alcoologie n'est plus à démontrer (39). Plus qu'ailleurs en addictologie, où la rencontre est différée par le délai de prise de rendez-vous, l'activité de liaison devra composer avec ces mouvements, sans se laisser embarquer à faire collusion avec les entourages pour inciter aux soins rapides (et rester hospitalisé) ou avec la personne pour refreiner les ardeurs des familiers et prendre le temps de construire un projet de soin. Ce risque avait été développé sous la notion des tentations du soignant en alcoologie (40), qui peut ainsi osciller entre ces deux mouvements identificatoires (41), ces deux tendances "*qui de toute façon nient l'alcoolique comme sujet adulte de sa propre vie*" (40). Il amène à reconsidérer comment trouver et ajuster la meilleure distance relationnelle dans les soins (41).

5 – Travailler avec la répétition et l'échec

Si la notion de répétition est classiquement associée à celle d'addiction, comme peuvent l'être aussi celles de compulsion ou de rechute (38), elle n'en est pas moins difficile à vivre par les soignants et les soignés. Par des vécus de mise en échec, d'impuissance, d'inutilité, issues de cette récurrence, des attitudes soignantes négatives peuvent voir le jour, y compris chez les professionnels de l'addictologie. La répétition fait partie de l'addiction, tout en sous-tendant une majorité des comportements de négligence, d'hostilité ou de rejet de ces malades (34).

Tant que la consommation d'alcool (en quantité ou en fréquence) sera privilégiée, au détriment de la qualité de vie comme indicateur d'efficacité des soins (42), les ressentis d'échec prédomineront chez les patients comme

chez les soignants. En se décentrant du seul acte de moins boire ou de ne plus du tout boire d'alcool (qui n'est qu'une modalité – ou condition – d'amélioration), l'essentiel du soin en alcoologie réside dans l'accompagnement vers le mieux-être, l'amélioration de la qualité de vie et de la santé (43). Ainsi la question de la répétition des dommages dus à l'alcool peut devenir seconde, n'étant plus priorisée comme un échec thérapeutique, pas plus que l'arrêt de consommation d'alcool n'est un succès pour le soignant. Ces malades pourront alors échapper aux étiquettes de malades difficiles ou non compliants, les éloignant encore plus des soins.

Malgré tout, pour ceux qui reviennent régulièrement aux urgences et à l'hôpital, la répétition des rencontres avec les membres de l'ELSA peut au fil du temps induire une certaine continuité dans l'établissement d'une relation. Sans utopie excessive, ce lien peut aider à transformer la répétition lourde à vivre en un accompagnement, dans une forme naissante et transitoire avant de prendre une forme plus classique au sein d'équipes spécifiques (consultations externes hospitalières ou en Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA). La permanence de l'offre de l'ELSA (et idéalement des professionnels rencontrés) peut alors contrebalancer l'impression de ne subir que répétitions, ré-alcoolisations, rechutes et vécu de mise en échec, du soignant comme du soigné. Recommencer un échange, un soutien ne signifie pas tout refaire, comme si aucun échange n'avait jamais eu lieu. C'est poursuivre un travail soignant dans une configuration atypique, avec un début de continuité issue de la répétition et une ébauche de relation qui pourra se développer par la suite.

6 – Repérer ou prendre en compte les conduites addictives

Une question fondamentale avant de parler d'intervention de liaison est d'identifier le trouble de l'usage d'alcool et la souffrance induite. Le repérage précoce des situations est ainsi souligné comme une mission privilégiée des ELSA dans la dernière circulaire en cours à leurs propos (2). Ce qui pourrait sembler implicitement résolu lorsque l'on parle du développement des ELSA n'est pas forcément simple en milieu hospitalier, où l'accès aux soins des sujets mésusant d'alcool est toujours perfectible. S'agit-il de difficultés de repérage (ou de dépistage) des dommages dus à l'alcool, alors que les alcoolopathies, les intoxications éthyliques aiguës ou

les sevrages alcooliques sont assez bien identifiés par la plupart des agents hospitaliers ? Ou ne s'agit-il pas plutôt de difficultés de considération puis de prise en compte de situations cliniques chroniques, récidivantes, peu gratifiantes pour des professionnels de santé qui, faute de repères ou d'expériences de soins en addictologie, se détournent de cet aspect de la santé des malades qu'ils soignent au quotidien (5, 6) ?

Le défaitisme soignant, induit par les incertitudes du pronostic des soins aux sujets mésusant d'alcool, ou la méconnaissance des offres de soins en alcoologie par des professionnels aspécifiques peuvent justifier de promouvoir la reconnaissance des situations de mésusage d'alcool à l'hôpital. Ainsi, ces agents pourraient envisager de solliciter les ELSA. Ces raisons, avancées devant le peu de prise en considération de ces situations (par tous les professionnels essentiellement non spécifiques à l'addictologie), comme à propos de l'écart qui existe entre soins requis et soins développés en addictologie (où en Europe à peine plus d'un dixième des malades requérant des soins spécifiques pour des troubles liés à l'usage de substances y accèdent (44)), justifient de soutenir l'évaluation et les offres de soins en addictologie. Cela pourrait alors permettre de résister au fatalisme qui retirait toute chance d'amélioration à des malades de l'alcool, d'autant plus qu'ils sont hospitalisés.

Il convient enfin, ici comme dans tout lieu du dispositif de soin en addictologie, de toujours globaliser les offres de soins à l'ensemble des questions de santé associées, et ne pas considérer que le motif d'admission, négligeant les dommages dus à l'alcool, au profit de pathologies d'organes concordant avec la spécialité du service d'accueil.

7 – Éviter le piège de la causalité

La rencontre en alcoologie amène rapidement le soigné à avancer des explications à son recours à l'alcool, sans même que le professionnel n'y fasse référence. Cette mise en conformité du discours à ce qui est supposé attendu par le soignant fait suite à une longue habitude médicale à vouloir expliquer, rationaliser les alcoolisations.

L'alcoologie n'a jamais défendu ce type d'approche. La recherche d'une cause (même dramatique) à la base de l'addiction alcoolique, la quête de ce qui a pu faire de ce sujet un consommateur différent des autres (dont les soignants font partie), s'apparente à la recherche de ce

qui distingue le buveur excessif des autres et des soignants. Éviter ce piège de la causalité (27), enfermant, culpabilisant et disqualifiant pour le malade, permet de toujours considérer “*l’humanité des alcooliques*” (45) commune à chaque soignant. Sans extrémisme, ce propos ne veut pas nier l’intérêt d’un travail autour des événements de vie dans un cadre et avec des intervenants formés à cela, mais éviter une approche caricaturale, délaissant la dimension addictive du trouble.

La genèse du trouble addictif est bien plus complexe que de seules hypothèses d’aménagement après un événement de vie, même d’allure traumatisant selon un soignant. Les facteurs de basculement de la consommation à l’addiction sont le plus souvent difficiles à préciser, malgré toutes les tentatives de modélisation. Pas plus que “*ce n’est pas uniquement le produit qui provoque la dépendance*” (46), ce n’est pas l’événement de vie, même supposé marquant, qui peut le faire, en référence au triple modèle de genèse de l’addiction entre facteurs issus du produit, de l’individu et de l’environnement (47), sans jamais se limiter à de seuls éléments environnementaux, parmi lesquels apparaissent les événements de vie (48).

8 – Intervenir dans un temps limité

À l’inverse de situations où un lien thérapeutique peut prendre le temps de se développer (28), pour aller vers un accompagnement et des rencontres répétées, l’activité de liaison amène à faire alliance avec une personne, tout en envisageant simultanément le relais vers d’autres intervenants. Paradoxe de cette activité, la liaison en alcoologie amène à nouer un lien pour rapidement le défaire et le transmettre, instaurer une relation de confiance (23), pour (vite) l’interrompre. Ce point peut dérouter bon nombre de cliniciens, qui doivent réinventer une pratique de soin, un cadre de référence et des modalités d’approches psychothérapeutiques différentes d’un soin plus habituel en addictologie.

La contraction de la relation de soin impose de sérier et choisir les sujets abordés durant l’entretien, parfois unique. Les objectifs de l’intervention doivent ainsi être restreints à quelques éléments sans jamais viser une exhaustivité, retenant les thèmes les plus pertinents, à un moment donné, là où en est le patient dans son élaboration de soin ou de changement. Il ne s’agit que d’amorcer un travail thérapeutique qui se poursuivra ailleurs avec d’autres professionnels. La part importante des

soins psychothérapeutiques en addictologie trouve, dans le cadre de soin imposé par l’activité de liaison, un mode d’exercice très particulier, qui nécessite d’autant plus de se référer à son propre cadre interne (49) ; ainsi, il s’agit d’offrir un espace confidentiel d’écoute et de parole et d’aider à mettre du temps dans ce moment de crise qu’est l’hospitalisation, souvent favorable à l’amorce d’un travail psychique qui s’inscrira dans le temps : un temps qui n’est pas que celui de l’entretien. Ce travail nécessite donc de porter un intérêt authentique à la rencontre et de trouver la juste distance dans l’écoute (ni trop peu ni sans fin), pour accompagner vers l’accès aux soins puis l’émergence d’une élaboration future.

9 – Renoncer à mesurer les effets de son intervention

L’addictologie de liaison et le relais rapide qu’elle comporte doivent conduire l’intervenant à accepter de ne pas revoir le malade par la suite. Cette particularité d’exercice diffère de l’activité médicale ou psychothérapeutique la plus habituelle. Elle amène à devoir renoncer à suivre l’évolution et les conséquences de ses interventions. Ce n’est pas simple pour le soignant, qui a souvent été inversement formé. “*Dans l’intervention alcoologique [de liaison] à l’hôpital, le résultat n’est jamais visible*” (27), il ne s’agit que de faire “*un bout de chemin*” ensemble (28). Ce n’est pas moins valorisant pour le professionnel que de s’engager dans une relation thérapeutique longue, sans pour autant devenir une forme d’évitement de l’investissement dans la relation de soin, ses aléas, sa charge émotionnelle.

Schématiquement, il n’y a pas plus d’objectifs à atteindre que de résultats à immédiatement objectiver avec quelqu’un qui parfois (mais pas toujours) ne demande que peu de choses. Plutôt qu’un renoncement, il semble profitable de considérer que c’est une acceptation de ne pas tout savoir, tout contrôler et laisser le sujet (malade) être l’expert de sa maladie (27), auprès de qui le professionnel intervient comme un technicien du soin à un moment donné, dans un espace donné. C’est ainsi une question d’emprise dans la relation de soin, à laquelle le soignant doit (idéalement) renoncer (50), laissant le malade aller vers l’autonomie qu’on lui souhaite dans le domaine des dépendances aux substances psychoactives. La liaison en alcoologie (ou addictologie) ne peut ni ne doit paradoxalement devenir source de dépendance, avec toutes les réserves à mettre autour de ce terme (50).

10 – Travailler avec tous les soignants

L'intervenant en addictologie de liaison doit travailler avec tous les soignants qu'il connaît ou pas. C'est d'abord en équipe d'addictologie, avec ses différentes composantes (quand elles sont distinctes entre ELSA, équipes d'hospitalisations complètes ou de jour, de consultations externes ou de CSAPA hospitalier...). Travailler en ELSA, c'est surtout faire partie d'une équipe pluridisciplinaire (en théorie et à l'idéal), pour tirer profit de compétences complémentaires dans l'offre de soins en s'appuyant sur l'apport de collègues d'autres formations (infirmier, psychologue, médecin...). C'est là tout l'intérêt du travail en équipe qui permet de consolider son cadre de référence en évitant de se sentir seul, isolé, sans recours.

C'est ensuite avec les collègues hospitaliers (non spécialisés en addictologie) qu'il doit composer (41), quelle que soit leur formation (des agents de services hospitaliers aux médecins). La conjonction des compétences soignantes intra- et extrahospitalières, quel que soit le niveau d'étude, est à la base de l'interdisciplinarité et surtout de la transdisciplinarité, qui ne se limite pas à la juxtaposition des métiers. Informer les équipes fait partie des missions de l'addictologie de liaison, avant même de leur proposer des sensibilisations ou des formations. Prendre le temps après la rencontre clinique de faire un retour oral avec l'équipe soignante préparera et facilitera d'autres futures interventions de l'ELSA, ce qui ne dispense pas non plus de consigner par écrit un compte-rendu de la rencontre dans le dossier du patient.

C'est enfin avec les autres intervenants en addictologie, extrahospitaliers, avec qui les membres de l'ELSA doivent avoir des contacts et vers qui le relais devrait se faire : les CSAPA en première ligne, sans oublier les médecins généralistes et tous les intervenants de soins primaires.

Le soutien et les réponses institutionnelles apportés par les ELSA ne doivent pas se substituer aux compétences de chaque soignant et équipe de soin. Malgré les difficultés à aborder les sujets méusant d'alcool, l'existence d'une ELSA ne doit pas directement, ou indirectement, sous-tendre un désinvestissement relationnel par les soignants habituels non spécialisés, en attendant de supposés spécialistes de la question.

Conclusion

Aussi singulière qu'elle puisse sembler, l'alcoologie de liaison est l'une des bases de l'addictologie hospitalière. Au-delà de son organisation, son développement repose sur des professionnels de l'addictologie, formés et habitués à cette pratique clinique particulière, qui n'a que peu d'équivalent en médecine. Permettre aux hospitalisés d'accéder à un même niveau de soin requis que tout autre malade admis à l'hôpital, indépendamment de l'usage ou non de substances psychoactives, est une première nécessité, à laquelle l'addictologie de liaison peut participer.

En voulant formuler en dix points les éléments cliniques organisateurs de l'activité d'alcoologie de liaison, nous avons souhaité participer à son développement et au soutien des acteurs de l'addictologie hospitalière. Pour aller vers ceux qui sont admis à cause de dommages dus à l'alcool, la reconnaissance d'une clinique spécifique à la liaison en addictologie est un étai supplémentaire dans l'intérêt de tous : soignants et soignés. C'est aussi une condition à l'efficacité de la politique française de santé publique et de ses financements fléchés. ■

Liens d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

P. Menecier, L. Rotheval, D. Lefranc
L'alcoologie de liaison. Proposition de repères cliniques
Alcoologie et Addictologie. 2017 ; 39 (3) : 230-238

Références bibliographiques

- 1 - Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Paris : DGS ; 2007. En ligne : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060139.htm> (accès le 05/08/2016).
- 2 - Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. Paris : Ministère ; 2008. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf (accès le 05/08/2016).
- 3 - Schwann R, Rigaud A, Fleury B, Malet L, Boussiron D, Bérenger P, Llorca M. L'addictologie hospitalière de liaison. *Chronologie d'un*

- dispositif innovant. *Alcoologie et Addictologie*. 2003 ; 25(4) : 311-17.
- 4 - Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. Paris : Ministère ; 2000. En ligne : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-38/a0382676.htm> (accès le 05/08/2016).
- 5 - Menecier P, Clair D, Collovray C, Rotheval L, Lefranc D, Duhay-Vialle A, Menecier-Ossia L. Intoxications éthyliques aiguës hospitalisées : analyse d'une procédure de rencontre systématique. *Alcoologie et Addictologie*. 2008 ; 30 (3) : 251-9.
- 6 - Menecier P, Girard A, Badila P, Rotheval L, Lefranc D, Menecier-Ossia L. L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. *La revue de médecine interne*. 2009 ; 30 : 316-21.
- 7 - Rotheval L, Poillot A, Lefranc D, Pellissier Plattier S, Badila P, Menecier P. La rencontre clinique après l'ivresse : la place de l'entretien. *Le Courrier des addictions*. 2008 ; 10 (4) : 27-9.
- 8 - Menecier P, Rotheval L, Lefranc D, Plattier S, Ploton L. Intoxication éthyliques aiguës massives ou répétées à l'Hôpital de Mâcon. *Le Courrier des addictions*. 2010 ; 12 (4) : 12-5.
- 9 - Menecier P, Rotheval L, Kalamarides S, Guez L. Quand l'hôpital "va vers" : approche des addictions aux urgences. *Le Courrier des addictions*. 2013 ; 15 (3) : 11-3.
- 10 - Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2015 ; (24-25) : 440-9.
- 11 - Thiercelin N, Lechevallier ZR, Rusch E, Plat A. Les consommations d'alcool et de tabac restent élevées en population hospitalière. *Presse Médicale*. 2011 ; 40 (3) : e129-38.
- 12 - Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Circulaire DH/EO4/96-557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison. Paris : Ministère ; 1996. En ligne : http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21839 (accès le 05/08/2016).
- 13 - Schweitzer MG. Psychiatrie de liaison. À propos de douze ans d'activité au sein de l'APHP. *Annales médico-psychologiques*. 2001 ; 159 : 167-72.
- 14 - Griner-Abraham V. Une psy à l'ouest. Rennes : Presse de l'EHESP ; 2015.
- 15 - Claudon M. Les représentations à l'œuvre chez les soignants et les formateurs. In : Gomez H, Claudon M, Osterman G. Les représentations de l'alcoolique : images et préjugés. Toulouse : Érès ; 2015. p. 121-3.
- 16 - Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996. BO Affaires Sociales. 1996 ; (96/16, 25 mai) : 105-24. En ligne : http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21860 (accès le 25/09/2016).
- 17 - Bioy A, Sainte-Marie T, Delfraissy JF. Les ECIMUD et leur rôle dans le champ de la réduction des risques en toxicomanie. *Psychotropes*. 2003 ; 9 : 31-43.
- 18 - République Française. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Paris : La documentation française ; 2013. En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf (accès le 08/08/2016).
- 19 - Palle C, Jean-François M. Les équipes de liaison en addictologie en 2005. Saint-Denis : OFDT ; 2007. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpnb.pdf> (accès le 05/08/2016).
- 20 - Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Guide des bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie. Paris : Ministère ; 2003. En ligne : http://hepatoweb.com/Documents_PDF/guide_bp_addicto.pdf (accès le 05/08/2016).
- 21 - Fleury B. L'équipe de liaison. In : 2^e conférence de consensus. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après sevrage : Question 2. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 : 241-8.
- 22 - Schmitt A, Schwann R, Llorca PM. Intérêt des prises en charges coordonnées : l'alcoologie de liaison et les réseaux de santé. *Annales Médico Psychologiques*. 2007 ; 165 : 449-53.
- 23 - Nigon E, Shwan R. Alcoologie de liaison : dépister et orienter. *Santé Mentale*. 1998 ; (32) : 20-2.
- 24 - Schwan R, Reynaud M. L'intérêt d'un réseau intra-hospitalier "alcoologie de liaison" dans la prise en charge du patient en difficulté avec l'alcool. *Le Courrier des Addictions*. 2000 ; 2 (1) : 22-4.
- 25 - Schwan R. Alcoologie de liaison. Une expérience clermontoise. *Alcoologie*. 1999 ; 21 (spécial) : 30-3.
- 26 - Sicot R, Yguel J, Mazeas C, Kalamarides S, Questel F, Azuar J, Branganca A, Curac S, Desaise P, Harbonnier J, Trabut JB, Hispard É. L'orientation du patient alcoolisé aux urgences : état des lieux et perspectives. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. 2015 ; 27 : 77-85.
- 27 - Guillo F. Parler d'alcool à quelqu'un qui ne demande rien. *Revue Médicale Suisse*. 2005 ; 1 : 1712-6.
- 28 - Badin de Montjoye B. L'établissement d'un lien thérapeutique en addictologie. *Éthique et santé*. 2013 ; 10 : 70-4.
- 29 - Claudon M, Gomez H. Le malaise des acteurs du champ de l'addictologie. In : Gomez H, Claudon M, Osterman G. Les représentations de l'alcoolique : images et préjugés. Toulouse : Érès ; 2015. p. 89-118.
- 30 - Spadone C. Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons ? *Annales médico-psychologiques*. 2010 ; 168 : 205-9.
- 31 - Menecier P, Rotheval L, Fernandez L, Ploton L. Le déni en alcoologie ; à travers ce qu'il n'est pas. *Drogue, Santé, Société*. 2016 ; 22 (1) : 49-89.
- 32 - Osterman G, Rigaud A. Comment faire l'avance de la parole auprès du patient alcoolodépendant. *Le journal de Psychiatrie privée* 2001 ; 15 : 21-5.
- 33 - De Timary P, Ogez D, van den Bosch M, Starkel P, Toussaint A. Dispositif complémentaire de soins pour alcooliques à l'hôpital général. *Cahiers de psychologie clinique*. 2007 ; 28 : 185-205.
- 34 - Menecier P, Fernandez L, Sagne A, Galliano AR, Lefranc D, Ploton L. Altération des choix de vocabulaire soignants dans l'abord de l'usage ou mésusage d'alcool de sujets âgés. *Psychologie Française*. 2017. À paraître.
- 35 - Levivier M. Les harmoniques de la parole. *Psychotropes*. 2012 ; 18 (2) : 41-59.
- 36 - Rothenburg S, Siterlin-Blanc D. L'urgence : une dynamique dans la psychiatrie de liaison. *Perspectives Psy*. 2005 ; 44 (2) : 102-6.
- 37 - Williams S, Brown A, Patton R, Crawford MJ, Touquet R. The half-life of the "teachable moment" for alcohol misusing patients in the emergency department. *Drug Alcohol Depend*. 2005 ; 77 : 205-8.
- 38 - Sellman D. The 10 most important things know about addiction. *Addiction*. 2009 ; 105 : 6-13.
- 39 - Seneviratne A, Daepfen JB. Implication de la famille dans le traitement de l'alcoolodépendance. *Alcoologie Addictologie*. 2009 ; 31 (4) : 283-93.
- 40 - Klein JP. L'alcoolique et les tentations du soignant. *L'information psychiatrique*. 1983 ; 59 (9) : 1175-83.
- 41 - Petit N. La rencontre soignant-soigné addicté : entre rejet (expulsion) et attraction (absorption). *Psychotropes*. 2016 ; 22 (1) : 9-30.
- 42 - Playoust D. Les objectifs de l'accompagnement. in : Conférence de consensus. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (2) : 119-24.
- 43 - Menecier P, Verny M, Fernandez L, Ploton L. Abstinence alcoolique dans les soins aux aînés mésusant d'alcool. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2016 ; 14 (2) : 187-93.
- 44 - Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004 ; 82 (11) : 858-66.
- 45 - Descombey JP. L'humanité des alcooliques : de l'exclusion à la prise en considération de leur humanité. *Vie sociale et traitements*. 2004 ; 83 (3) : 70-3.
- 46 - Pedinielli JL, Rouan G, Bertagne P. Psychopathologie des addictions. Paris : Presses Universitaires de France, Nodules ; 1997.
- 47 - Reynaud M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. in : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion ; 2006. p. 3-13.
- 48 - Varescon I. Psychopathologie des conduites addictives : alcoolisme et toxicomanie. Paris : Belin Sup Psychologie ; 2005.
- 49 - Charazac PM. Le cadre de la relation soignante. In : La relation soignante en gériatrie. Paris : Éditions MF ; 2008. p. 105-10.
- 50 - Menecier P, Plattier S, Rotheval L, Ploton L. Réflexions sur l'emprise et la possessivité dans la relation de soin en gérontologie. *Annales Médico-Psychologiques*. 2016 ; 174 : 338-43. doi:10.1016/j.amp.2015.10.021.