

Dr Henri Gomez\*

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

Courriel : henri.gomez.31@wanadoo.fr

Reçu février 2018, accepté octobre 2018

# L'empathie en alcoologie

## Variantes, faux-semblants et pièges

### Résumé

Le souci de peser dans la relation d'aide conduit à privilégier les positionnements les plus efficaces. L'empathie est le concept le plus préconisé. L'empathie n'intervient qu'en second lieu, après l'entretien d'histoire, au fil des séances. La congruence, proposée par Rogers, en est très proche. Plusieurs situations cliniques, détaillées dans le texte, suspendent ou altèrent la relation empathique. Certaines sources d'empathie sont insuffisamment exploitées : le compagnonnage, la reconnaissance. La place de la neutralité bienveillante est à reconsidérer. Légitime lors de la première rencontre, elle est également appropriée dans d'autres situations cliniques. Plusieurs attitudes relationnelles s'éloignent de l'empathie : la bienveillance universelle, la passion victimaire, la complaisance, l'identification compassionnelle. D'autres attitudes s'opposent à elle, de l'indifférence à la pitié. Le discours du soin et de la prévention n'est pas exempt de critiques. L'examen de l'empathie serait incomplet en l'absence de prise en compte des pièges plus ou moins spécifiques de la problématique alcoolique, certains étant sanctionnables du point de vue juridique. Les conditions techniques de l'empathie sont-elles réunies aujourd'hui dans la relation d'aide en alcoologie ? La réponse est non.

### Mots-clés

Empathie – Neutralité bienveillante – Relation d'aide – Piège – Alcoologie.

Le souci de peser dans la relation d'aide conduit logiquement à privilégier les positionnements supposés les plus efficaces. Parmi ceux-ci, l'empathie est souvent avancée comme une bonne, sinon la meilleure, attitude en psychothérapie. La position d'empathie, présentée parfois comme une évidence, justifie cependant d'être examinée pour en vérifier les caractéristiques et la pertinence. La problématique alcoolique – objet de cette réflexion – suscite, en effet, des attitudes et des sentiments pour le moins contrastés, y compris chez les soignants.

### Summary

**Empathy in alcohol treatment: variants, false pretences and traps**

Evaluating one's place in the therapeutic relationship leads to the most effective therapeutic posture. Empathy represents the most widely accepted position. Empathy can only occur following an initial interview of the person's history, evolving as the consultations continue. Congruency, as proposed by Rogers, is in close proximity. Several clinical situations, described in the text, suspend or alter the empathic relationship. Some sources of empathy are not fully explored: companionship, recognition. The importance of benevolent neutrality must be reconsidered. Legitimate during the initial encounter, it is also appropriate in other clinical settings. Some relational attitudes diverge from empathy: universal benevolence, passion for victims, complacency and compassionate identification. Other attitudes represent its opposite, from indifference to pity. The discussion of care and prevention is not exempt from criticism. Any evaluation of empathy would be incomplete unless we take into account the more or less specific traps of alcoholism. Certain problems are punishable from a legal standpoint. Are all technical conditions of empathy met in current therapeutic relationships in alcohol treatment? The answer is no.

### Key words

Empathy – Benevolent neutrality – Therapeutic relationship – Trap – Alcohol treatment.

Notre réflexion comprendra trois volets. Après avoir défini l'empathie, nous la rapprocherons de notions voisines, parfois très proches, comme la neutralité bienveillante et la congruence. Comme le soulignait Jean Pouillon, cité dans un ouvrage récent (1) : *“Les mots, souvent, vivent à l'inverse des serpents, ils changent non de peau mais de contenu”*. Nous ferons état de difficultés de mise en œuvre. Nous évoquerons ensuite les attitudes et contextes qui nous en éloignent en distinguant les attitudes opposées à l'empathie, avant de nous attarder,

dans une troisième partie, sur les pièges qu'elle véhicule. Nous concluons sur la difficulté pratique de faire vivre l'empathie dans les conditions de travail et l'ambiance sociétale actuelles.

## **L'empathie et ses variantes**

Notre temps, comme l'a démontré Boudjahlat (1), excelle à pervertir le sens des mots pour imposer subrepticement de nouveaux choix. Nul ne discutera, nous l'espérons, que la bienveillance soit la bienvenue dans la relation d'aide. Le mot a une musicalité et une clarté telles qu'il pourrait suffire, s'il n'y avait pas obligation d'aller plus loin face à un patient difficile, apparemment décidé à faire son propre malheur. L'empathie, mot dont l'origine se situe au XIX<sup>e</sup> siècle, appartient au même champ sémantique. Nous éprouvons de l'empathie lorsque nous sommes capables, sensiblement et intellectuellement, de comprendre la souffrance d'une personne. Il s'agit d'un phénomène subjectif de compréhension de l'autre. Il en est toujours question dès qu'il s'agit d'établir une relation d'aide. Qu'est-ce qui ressemble ou peut être tenu comme équivalent à de l'empathie et qu'est-ce qui s'en distingue ?

### **La neutralité bienveillante**

La neutralité bienveillante est une expression de Sigmund Freud. Elle est légitime et naturelle dans les premiers temps d'une rencontre : le soignant a pour fonction d'apporter l'aide liée à ses connaissances et à son savoir-être, mais la relation a besoin de se mettre en place. Le patient a la possibilité de se montrer tel qu'il est. Le soignant entend les banalisations et dénégations de son interlocuteur. Il accepte, le cas échéant, l'agressivité manifestée, évidente ou latente, masquée par une politesse obséquieuse. Il prend en compte une version des faits. Le soignant se doit d'être assez maître de lui pour ne pas polluer la relation par l'effet de son statut ou de son manque de temps, de ses propres erreurs comme être subjectif, alors que son opinion devrait reposer sur l'observation et l'écoute. Il est indispensable que le soignant soit détaché émotionnellement. Sa neutralité est cependant bienveillante, même si les propos et les faits rapportés ont de quoi "l'indisposer". Il est professionnellement invité à faire ce qui lui semble pertinent pour aider celle ou celui qui le sollicite. Il doit savoir que son investissement sera mis à l'épreuve ou en échec par les aléas du parcours d'un patient estimé, à juste raison, difficile.

### **L'approche**

J'essaie, comme soignant, de comprendre ce que le sujet exprime par ce qu'il dit, mais aussi par ce que sa communication non verbale suggère : sa posture, son regard, ses mimiques, le mouvement du corps et sa voix. Je "fonctionne" en tirant parti de ce que je ressens. Je pose des questions. Je prends ses réponses en compte. Je suis prudent dans l'interprétation. Par mon positionnement, j'essaie d'abord de donner corps à la relation qui s'instaure. Je m'interdis de verser dans le conseil et encore moins dans la prescription directive. J'indique des pistes possibles. J'essaie de faire adopter au patient des solutions appropriées en termes de cadre soutenant. Car c'est bien de cela qu'il s'agit à l'instauration d'une relation psychothérapique : aider chaque sujet à découvrir le cadre adéquat à sa progression, dans le contexte qui est le sien. À nous soignants de le placer en position de choisir et d'évoluer, sans rien précipiter. J'inscris potentiellement la relation dans la durée, en sachant que les discontinuités et les ruptures du lien sont encore plus banales que les reprises d'alcool.

Le courant comportementaliste et motivationnel met en avant la "balance décisionnelle", incitant le sujet à distinguer les bénéfices et inconvénients de maintenir/arrêter le comportement-problème. Je ne privilégie pas ce type de rationalité à cette étape de la rencontre. J'essaie d'établir une relation entre ce que je crois savoir – qui est d'ordre général – et ce que la rencontre m'apprend de ce sujet singulier. Je fais juste preuve d'honnêteté intellectuelle.

Dans la chronologie de la relation d'aide habituelle, la neutralité bienveillante correspond à la période-alcool, aux entretiens de première rencontre et à la période de gestion d'une réalcoolisation, quand, de nouveau, "l'ancienne inclination" occupe le devant de la scène. En l'espace de quelques verres, le sujet peut installer un "mode échec" pour une durée indéterminée.

### **La mise en place de la relation**

Le patient énonce. Le soignant écoute et propose. Le patient dispose. La neutralité bienveillante permet de prendre en compte les erreurs de représentation exprimées par le sujet, en termes d'aide, sans s'en formaliser. L'habitué du "tout, tout de suite" reste parfois habité par la pensée magique, celle qui lui fait dire : "Vous ne me faites pas avancer !", alors qu'il a récusé tout ce qui, pré-

cisement, aurait pu le faire avancer. Le désir de toute-puissance du sujet est palpable. La neutralité bienveillante et le "détachement émotionnel" permettent d'apaiser la tension de la relation. Le soignant se saisit de détails d'histoire ou de contexte pour des analogies tirées d'histoires cliniques, de films ou d'ouvrages littéraires. Ainsi, se met en place une connivence féconde.

La neutralité évite de substituer le désir du soignant à celui du sujet. La bienveillance permet de favoriser en retour une attitude moins défensive de la part d'un patient ambivalent et souvent clivé. La honte de boire masque souvent d'autres hontes enfouies, celles précisément que le sujet noie dans l'alcool. Les abus et les transgressions sexuelles nourrissent beaucoup de non-dits.

Si le nouveau venu aspire à une aide, il redoute – à juste titre parfois car échaudé par une expérience décevante – qu'elle ne soit pas au rendez-vous.

La bienveillance peut se déduire de la distance qui sépare les croyances du sujet des changements qui lui seront nécessaires pour modifier sa trajectoire de vie de façon satisfaisante. Le patient a besoin de mieux saisir de quoi il retourne. Son approche relationnelle va le plus souvent se modifier grâce à la confiance qui s'établit. Il croit connaître la problématique alcoolique alors qu'il en a des connaissances partielles : son propre parcours avec l'alcool, des informations recueillies sur le Net, une interprétation de son histoire et de lui-même s'il a effectué une ou plusieurs psychothérapies en préalable. Surtout, le choix de ne plus jamais boire est inconcevable.

Le soignant donne fantasmatiquement lieu à une représentation variable dans l'imaginaire du patient. Il est rarement vu pour ce qu'il est, au commencement. Son image est brouillée par les imagos maternelles et paternelles. François Gonnet disait que le soignant pouvait d'abord exposer sa sensibilité maternelle ou fraternelle dans la relation et ajouter peu à peu du "père symbolique" dans ce que l'expression suggère de rapport à l'éthique et aux réalités.

### ***La congruence comme équivalent de l'empathie***

La congruence est un néologisme issu de l'expérience clinique de Rogers (2). Le patient est accepté tel qu'il est, quoi qu'il ait fait. Le soignant doit être conscient de

la résonance en lui des propos du patient, afin de ne pas être le jouet de sa propre subjectivité. Il n'a pas de jugement de valeur à exprimer. En cela, son positionnement évoque une "considération positive inconditionnelle". Il doit comprendre et accepter le vécu subjectif du patient.

La congruence passe plus ou moins rapidement d'une situation où le soignant s'adapte au sujet à une congruence plus équilibrée où chacun essaie de faire bon usage de ce qui lui est renvoyé. Une synthèse brève mais explicite conclut ainsi, par écrit et en différé, un entretien d'histoire. La congruence est un phénomène asymétrique, nourri de réciprocité. En alcoologie, ce phénomène se vérifie particulièrement lors d'une séance de groupe dont je suis le régulateur. Au sein du groupe, ma congruence se vérifie et se renforce par la qualité de mes réponses qui reflètent celle de mon écoute, par ce que j'ajoute comme liant pour faire sourire, rire, rendre attentif. Elle comporte sa part d'improvisations, de ruptures de continuité logique, reflétant des expériences partagées avec le patient dans le temps des réunions. Elle suppose de connaître assez chaque personne du groupe, de me connaître assez pour être accepté d'elle. Je suis alors en mesure, dans le cadre de la relation, de reformuler, d'exprimer en écho, d'atténuer, de rectifier, de transmettre, d'apporter des contre-pieds, interrogations, paradoxes, éclairages...

Le positionnement relationnel du soignant doit limiter les débordements, tout en permettant de convertir le non-dit en exprimé, porteur de significations et d'enseignements.

Rogers insistait sur l'authenticité du thérapeute dans les différents cas de figure relationnels : entretiens duels, séances de groupe. Pour le soignant aussi, le groupe intégratif représente un espace de liberté de parole pour sa pratique clinique.

Pour autant, comme l'illustrent les situations ci-dessous exposées, des difficultés de mise en œuvre doivent être mentionnées.

### ***La rechute sans alcool***

En cas de retour vers l'alcool ou de rechute sans alcool – le sujet retrouvant alors le vieux fonctionnement sans même avoir besoin de boire –, un recul s'opère et, temporairement, la relation redevient neutre mais reste cependant bienveillante. Cela arrangerait bien la "part alcoo-

lique” que le soignant exprime un jugement ou un rejet. La relation est mise à l'épreuve, mais elle n'est pas rompue.

### **Les urgences et la dangerosité**

Cas limite : un sujet en détresse peut être orienté vers les Urgences ou, plus simplement encore, il lui est demandé, ainsi qu'à ses proches, que le contact soit rétabli quand l'intéressé aura fini de dessoûler. L'accordage avec les Urgences n'est pas toujours aisé à établir car ce service est souvent débordé. L'alcoolique peut être vécu comme un client indésirable, du fait des perturbations induites. La prise en compte de son désir de quitter le service d'accueil au plus vite expose à le retrouver le lendemain, l'état de psychose alcoolique perdurant.

Une limite à la neutralité est l'éventualité d'une dangerosité critique pour l'entourage ou le sujet lui-même. Le placement en milieu psychiatrique à la demande d'un tiers, validé par une attestation établie par le praticien, crée cependant une difficulté pour l'avenir de la relation. L'institution psychiatrique, avec ses sectorisations, est peu préparée au dialogue avec le praticien prescripteur. La prison peut se révéler un cadre de substitution efficace, pouvant même conférer à une personnalité incontrôlable sous alcool l'apparence de la normalité. Il est bon de maintenir une correspondance avec un patient devenu un numéro de cellule. Un dispositif d'accompagnement ne devrait pas techniquement s'accommoder des “perdus de vue”.

### **Une psychose alcoolique “douce”**

Une autre situation clinique fréquente va mettre à l'épreuve la neutralité bienveillante : l'existence d'un degré modéré d'alcoolisation lors des consultations. L'alcoolique peut avoir trouvé le biais de quelques verres pour se donner l'impression qu'il communique. Il a besoin pour l'ordinaire de sa vie relationnelle de “se mettre à niveau”. Il parle. Il entend. Il n'écoute pas. Il donne l'illusion d'être dans l'échange alors qu'il reproduit une rhétorique : un discours répété à la façon d'un disque. Il émet des opinions qui sont autant de contre-vérités : avec l'alcool, il est plus drôle, ses capacités de séduction s'en trouvent confortées, il va pouvoir se présenter favorablement à l'entretien d'embauche... En fait, il maintient par cette légère mais permanente alcoolisation un état de psychose alcoolique “douce” qui le coupe efficacement de son environnement et masque son clivage.

Il serait logique de penser qu'une cure de quelques semaines permettrait de corriger ce niveau zéro du discernement. Malheureusement, il n'en est rien dans la plupart des cas. Pour de nombreuses raisons. Assez souvent, le sujet n'a jamais travaillé ce mode de pensée. Depuis des années, il est dans une sorte d'agir, dépourvu d'élaboration mentale. Souvent, d'ailleurs, il boit pendant le séjour. Les petits bois qui entourent le centre de cure sont peuplés, d'après ses propres dires, de cadavres de bouteille. Il peut avoir été un collectionneur de vins comme pour mieux se cacher qu'il boit de l'alcool pour l'effet. Le sujet alcoolisé manifeste le même aveuglement qu'un “endoctriné”.

### **La psychopathologie**

La personnalité du patient peut le rendre difficilement compatible avec une relation congruente. Une organisation limite de la personnalité complique la tâche de rencontre et, plus encore, la continuité de la relation. L'instabilité règne et le soignant doit se méfier des embellies qui cessent aussi rapidement qu'elles s'étaient manifestées. Une personnalité maniaco-dépressive offre deux facettes opposées. Un déprimé profond a intégré le repli et la passivité relationnelle. Il a du mal à dépasser le stade de la plainte. La personnalité narcissique oscille entre l'emprise, le contrôle et l'abaissement de l'interlocuteur. La manipulation peut être sous-jacente, délibérée ou inconsciente. Le sujet peut, à juste titre, dénoncer son partenaire comme un pervers narcissique, et disposer lui-même de cette caractéristique. Freud avait souligné la complémentarité du sadique et du masochiste. Paradoxalement, une structuration psychotique, partielle ou complète, n'est pas un obstacle à une relation congruente. Au contraire, celle-ci est impérative car le discours rationnel ne serait pas entendu.

Dans *Une fiancée pas comme les autres* (3), Lars, un jeune homme apprécié de son entourage, présente Bianca, une *love doll*, comme sa fiancée. Le médecin fait alliance avec la part psychotique de l'amoureux, afin de lui apporter la sécurité nécessaire à une lente évolution vers la sortie de son délire, symptomatique du besoin de reconnaissance accumulé.

Un piège possible se situe paradoxalement dans la communauté d'opinions avec son patient. L'image des trois cerveaux doit inciter à la prudence. Le cerveau de l'*homo sapiens* peut être remarquable et le cerveau reptilien ne pas poser problème. Reste le chien de Pavlov, le cerveau

auquel les addictions donnent le pouvoir sur les deux autres. Au temps de l'addiction, c'est lui qui prend le pouvoir sur l'instinct de conservation et sur l'intelligence.

Soit le sujet est capable de remettre en cause rapidement sa dépendance, soit sa configuration mentale et affective en fait un patient vraiment difficile. Ce qui fait la différence, dans nombre de cas, est l'aptitude du sujet à s'investir durablement dans un accompagnement de proximité où il va retrouver régulièrement "son" soignant, "ses" pairs, un réconfort narcissique, des capacités d'élaboration, un discernement accru. L'empathie consiste aussi à accepter la stagnation, les progrès minuscules, les retours en arrière.

L'illusion de la normalité est perceptible dans le clivage décrit par le patient. Il est capable du constat lucide de l'impasse constituée par ses alcoolisations de fin de journée, sans se donner les moyens de les écarter. Un seul verre a suffi pour qu'il revienne dans une boucle dont il ne peut sortir. Deux personnes cohabitent en lui. Ou encore, la dimension narcissique de sa souffrance fait qu'il occulte ce qui le dérange. Il est difficile à un soignant d'être audible dans un contexte mental d'évitement.

### ***L'entourage affectif***

Le devoir d'empathie s'exerce aussi envers les proches qui demandent de l'aide et, potentiellement, vers les membres de l'entourage directement impactés par les effets des alcoolisations. Des proches vivent longtemps un "calvaire", rendu d'autant plus insupportable qu'ils aiment "leur" alcoolique ou qu'ils éprouvent une paradoxale culpabilité. Eux aussi sont appelés à évoluer dans leurs représentations et attitudes.

Le processus de changement ne se limite pas, en effet, au patient désigné. Parfois, ce n'était pas si mal de boire ensemble. Les changements accompagnant l'abstinence dérangent. Chacun doit y mettre du sien, se recentrer sur soi. Ou, à défaut, être mis à distance. Il existe constamment des interactions, même quand le proche est éloigné physiquement, car il peut encombrer encore et toujours l'imaginaire, trace d'emprise, lacune psychotique. L'ombre portée des relations passées peut ainsi brouiller l'intelligence, fausser la relation d'aide, entraver les changements souhaités.

La neutralité bienveillante doit prendre en considération les enfants mis en danger par la personne vue en consultation et/ou par son conjoint ou ex-partenaire.

Un signalement au Procureur de la République s'impose exceptionnellement.

L'absence même d'environnement affectif finit par devenir intenable. Certains sujets n'en peuvent plus de solitude affective et de sentiment d'inutilité. Ils sont en état de mort affective et sociale apparente. La société les ignore, tant qu'ils ne perturbent pas l'ordre public. L'anomie hypermoderne facilite des passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs.

### ***Neutralité bienveillante et alliance associative***

Un cas particulier est constitué par l'exercice de responsabilités au sein d'une association de réflexion et d'entraide, qu'il s'agisse de gestion administrative ou de présence auprès des nouveaux patients. La relation soignant-aidant a pris un caractère amical. Elle est cependant surdéterminée par l'intérêt général. Il serait aventureux de penser que la psychopathologie associée à la problématique addictive ne puisse ressurgir. L'alcool écarté, d'autres addictions ou conduites modificatrices de conscience peuvent subsister ou se réactiver. L'illusion du pouvoir suffit à perturber les meilleures volontés, surtout quand elle est confortée par "l'effet microcosme" d'un cercle coupé du quotidien de l'activité. De ce point de vue, l'absence d'addiction active n'est en rien une garantie.

L'usage permanent de l'outil numérique ajoute ses effets spéciaux prolongés par le fantasme démocratique des réseaux sociaux. Débattre à plusieurs de questions dont on ne dispose ni des tenants ni des aboutissants est une commodité souvent pratiquée. Elle cantonne l'échange dans l'irréel.

Une source de bienveillance méconnue, et pourtant puissante, est celle qui découle de la familiarité avec des personnes alcooliques devenues sobres et participatives au sein des groupes de parole et lors des actions extérieures communes. Les représentations de l'alcoolique (4) diffèrent alors de celles se déduisant de la fréquentation des curistes en rechute, des nostalgiques du "cher disparu", ne sachant que parler d'alcool ou s'apitoyer sur eux-mêmes. Le positionnement du soignant dans l'accompagnement est un élément déterminant d'une vraie bienveillance, associant son naturel à l'expérience des parcours réussis. Le groupe l'accompagne dans sa propre réflexion.

Pour un aidant, la supervision par le praticien ou un soignant de l'équipe s'impose. Il est des façons insensibles de quitter le champ de l'élaboration mentale en

priviliégiant le "faire". La neutralité bienveillante n'exclut pas l'esprit critique, à ne pas confondre avec l'esprit de critiques. Pour s'exercer, le discernement a besoin de rester en phase avec les enjeux qui lui correspondent. L'alliance associative se vit plus aisément quand un membre du bureau exerce aussi une responsabilité d'aidant : s'il participe aux visites des hospitalisés, s'il continue à réfléchir et à s'exprimer au sein des groupes de parole et, plus que tout, s'il vit concrètement la philosophie du soin dans son quotidien.

### **L'intérêt clinique de la reconnaissance**

Les mouvements d'entraide ont depuis longtemps mis en valeur la force soignante constituée par la reconnaissance. Celle-ci tranche avec l'idée de se dédommager. Être aidant d'une association d'intérêt général est une façon active de continuer à se "soigner", quelle que soit la fonction assurée. Être adhérent et pourquoi pas donateur est une façon concrète d'affirmer sa solidarité. Il n'est pas exceptionnel qu'une personne persistant dans un suivi espacé vienne se réassurer en complétant le règlement de la consultation par un chèque (modeste) pour l'association, symbole des économies réalisées et du plaisir de vivre retrouvé par la sobriété. Nous sommes à l'opposé de la logique du tiers-payant généralisé. Cela étant, l'organisation de la structure d'accompagnement a besoin de compétences gestionnaires, ce qui pose, encore une fois, la question des moyens.

### **La sympathie**

Éprouver de la sympathie est plus agréable que ressentir de l'ennui ou de l'agacement face à un interlocuteur. Il existe des canailles sympathiques et d'autres personnages plus éprouvants, tant ils sont dans le faux *self*, la manipulation et le "Moi grandiose", distingué par Kernberg (5).

Un soignant doit faire son possible pour que la rencontre se déroule aussi chaleureusement que possible. Le cadre du soin participe ainsi à l'empathie. Plus il est humanisé, mieux c'est. Le soignant ne doit pas hésiter à dire quelque chose de lui par ce qu'il affiche sur ses murs. L'échange consiste à donner et à recevoir, tour à tour. Une consultation aboutie comporte souvent un don supplémentaire : un texte, une information sur des séances, une fiche de cinéma, le compte rendu de séance d'un thème faisant écho. La sympathie suppose la non-implication, sans l'interdire. La relation a évolué.

Elle a pris un caractère amical, donnant lieu à des suivis simples espacés, tous les deux, trois ou six mois et des renouvellements d'un médicament plus ou moins prétexte. Chacun prend des nouvelles de l'autre : où en est l'activité ? Qu'avez-vous fait de plaisant ? À la période de l'épicurisme pragmatique, le pathos (la souffrance) est en trop. Les problèmes sont là pour être affrontés, les malheurs pour être acceptés, les aberrations pour entretenir une saine colère.

## **Ce qui se distingue de l'empathie**

### **La bienveillance universelle**

La bienveillance universelle est une disposition innée-acquise, que récusait Alceste avec la dernière énergie : "*L'ami du genre humain n'est pas du tout mon fait !*". Il est possible de partager la position d'Alceste, au plan général, et de décliner la bienveillance dans les confrontations particulières. N'est pas qui veut la *Cendrillon* de Branagh (6), "courageuse et bienveillante", dans la continuité du message maternel. En renforcement de cette qualité naturelle et éducative, la bienveillance suppose une connaissance approfondie des tenants et des aboutissants de la problématique alcoolique et, au-delà, de la problématique humaine. Elle est alors fondée. Elle évite le phénomène pernicieux, ou niais, de toute généralisation. Les fidèles d'Austen peuvent se rappeler le personnage du sir Lucas d'*Orgueil et Préjugés* (7), gratifiant ses proches d'une bienveillance roborative à la suite d'un anoblissement inattendu.

La disparition de l'esprit critique est cependant moins fréquente que son caractère sélectif. Il est toujours surprenant de voir les valets adopter, du jour au lendemain, le discours des maîtres à partir du moment où ils sont appelés à les rejoindre par l'effet d'une promotion. La bienveillance s'apparente à la compassion quand elle est accordée d'emblée, par un effet de généralisation inverse : l'alcoolisme est une maladie, un fléau, sans que l'on sache très bien qui est l'ennemi : le buveur, l'alcool ou la société.

### **La passion victimaire**

La bienveillance de principe se conçoit quand elle repose sur l'opinion que toute personne alcoolique a subi des traumatismes qui font d'elle une "victime", y compris quand elle n'a pas conscience de ce qu'elle a subi par effet d'ambiance. La dépendance constituée

peut être aussi bien ressentie comme une injustice. Ce sentiment n'est pas plus pertinent que face à une maladie grave telle qu'un cancer mortel, ou à une perte de capacité aussi banale que l'apparition d'une myopie précoce. "Pourquoi moi ?" / "Pourquoi pas toi ?" Dans le cas de la problématique alcoolique, la recherche des facteurs favorisants et déterminants sert à atténuer la honte et la dévalorisation. La perte de capacité à réguler sa consommation d'alcool est un fait à affronter froidement. La seule question est de s'employer à prendre la mesure du problème.

S'en sortir est possible alors même que l'alcool reste une référence sociale ubiquitaire, souvent contraignante. Une personne qui a trouvé sa solution dans un produit est amenée à l'écartier pour retrouver les problèmes auxquels l'alcool avait longtemps apporté des réponses satisfaisantes. Comment admettre que l'alcool pris comme une aide à vivre soit devenu un renforçateur du désir de ne plus lutter ou, celui, plus inavoué, de s'autodétruire ? Comment agréger des ressources qui permettent d'affronter sa vie ? Le manque de confiance en soi paralyse-t-il ? Les repères font-ils défaut pour se frayer un chemin vers le mieux-être ? La réponse structurée à ces questions est d'un tout autre intérêt que la nostalgie d'une période révolue où "boire un p'tit coup était agréable".

### **Complaisance et condescendance**

Une bienveillance de surface ne résiste pas aux difficultés relationnelles qui ne manqueront pas de survenir. À un patient qui avait pris deux verres de whisky, après plusieurs mois de sobriété, mon commentaire spontané avait été "J'espère qu'ils étaient bons", ce qui avait aidé le patient. Le soignant doit pouvoir s'armer de patience et attendre qu'un autre événement ou qu'une réelle prise de conscience fasse "bouger les lignes". Le fait qu'un sujet soit défensif ne dispense pas un soignant d'être ouvert. Certains auteurs ont critiqué la bienveillance en la confondant sans doute avec la complaisance. La bienveillance systématique, octroyée, parfois instrumentalisée comme faire-valoir, peut être rapprochée de celle, à sens unique et inversée, des donateurs de leçons. De la complaisance à la condescendance, il n'y a qu'une différence de posture, qui participe à la gamme des contre-transferts négatifs du soignant.

La préférence systématique donnée à la "misère du Monde" interdit de voir ceux qui ont réussi à quitter leurs ornières. De fait, les médias proposent le plus

souvent des émissions à prétention informative où les alcooliques sont considérés, de fait, avec une compassion condescendante, un mépris dissimulé. À la fin de l'émission, personne ne sait pourquoi l'interviewé a bu, pourquoi il a eu tant de mal ou de facilité relative à s'arrêter, et comment il vit sa sobriété. Un alcoolique épicurien, content de vivre, pragmatique, associant réflexion, entraide, éthique et humour, n'intéresse personne à l'exception de lui-même et de ceux qui le tiennent pour une personne très fréquentable !

### **L'identification compassionnelle**

La compassion consiste à nous mettre à la place de la personne en souffrance, en opérant une sorte d'identification à elle. En agissant ainsi, nous adoptons sa façon de voir. Nous la confortons alors dans son vécu de victime. Comme le souligne Erner (8), pour certains, "*la victime constitue plus une solution qu'un problème. La souffrance du prochain peut être le moyen de faire de l'audience, de remporter une élection, ou bien d'influencer les débats en cours... le fait divers semble devenu la forme narrative privilégiée pour mettre en forme le monde*" (pp. 87-88). Cela étant, l'expression d'une compassion sincère est préférable à l'indifférence.

La compassion "inconditionnelle" suppose un aveuglement sur la part de responsabilité du sujet à créer et à entretenir son propre malheur. À en croire nombre de propos, les pervers narcissiques, dont le masculin aurait l'exclusivité, peupleraient désormais la planète affective, exerçant longtemps leur pouvoir de nuisance, avant la tardive prise de conscience de l'innocence prise au piège. Nul n'ignore aujourd'hui les bénéfices découlant du statut de victime. Dans un différend, chacun s'affaire à valider ce statut avec des arguments qui n'effraient pas les avocats. La victime a un statut social reconnu, valorisé, et la Justice, en suivant le modèle nord-américain, encourage cette démarche qui vise principalement des réparations financières. Tout peut se monnayer.

D'autres attitudes s'éloignent plus nettement encore de l'empathie, des deux côtés de la relation. La plupart d'entre elles constituent des refus caractérisés de rencontrer l'autre, d'être mis en question par lui.

### **Se prendre excessivement au sérieux**

Cet enseignement nous vient des fondateurs des Alcooliques anonymes. L'élan planétaire donné par la mise

en forme programmatique de leur réflexion ne leur a pas fait perdre les soucis d'humilité et de discrétion. S'il existe des failles narcissiques persistantes converties en besoin de pouvoir, cela signifie que la sobriété s'est perdue en route. La remarque concerne tout autant les proches et les soignants. La seule chose qui justifie d'être prise au sérieux est de proposer une alternative accessible à la détresse des personnes alcooliques et de leurs proches.

### ***Le rejet de qui n'est pas soi***

Le rejet de qui n'est pas soi s'observe d'une certaine manière dans des groupes de buveurs qui affirment sans nuance que "seul un alcoolique peut comprendre un autre alcoolique". L'incompréhension progresse d'un cran quand l'alcoolisme est assimilé à un manque de volonté. Il y a pourtant tout à gagner à ce que la compréhension profonde de la problématique alcoolique l'emporte sur les a priori.

Se rapproche du rejet de l'autre le parti-pris, lié à une écoute unilatérale et sélective, telle que l'illustrent parfois certaines associations qui jouent le rôle d'amplificateurs systématiques de doléances, comme dans les conflits conjugaux où l'autre – l'époux le plus souvent – doit impérativement être diabolisé.

L'alcoolique ne fait souvent que mettre en acte des souffrances qu'il a subies directement ou par effet d'ambiance. Les souffrances enfouies sont comme des corps étrangers qui faussent les relations.

L'entourage accumule des raisons de se plaindre de l'alcoolique, et l'alcoolique présente souvent les souffrances subies de la part de tel ou tel membre de son entourage familial pour justifier ses comportements. Les enfants vivent cette situation de tension familiale qu'ils intériorisent et qu'ils feront vivre à leur manière, par la répétition ou en se dégagent de l'histoire familiale.

Le ressentiment ou la haine ne sont alors plus loin, à l'exemple du film libanais *L'insulte* (9). Le film permet de faire la distinction entre la position de victime – constat objectif – et la victimisation – phénomène subjectif stérile. Il permet une réflexion sur les origines de l'agressivité. Il montre le danger du repliement communautaire. Toute identité gagne à être reconnue, acceptée, puis relativisée. L'individu de notre temps gagne à diversifier ses appartenances, à rencontrer des différents semblables, après avoir pris des repères chez

des semblables différents. Les identités agressives sont des enfermements. Le travail de réflexion au sein d'un groupe de parole de personnes alcooliques peut être ouvert à d'autres personnes partageant des difficultés analogues. Si l'identité peut être un facteur d'isolement, elle autorise aussi une meilleure compréhension de l'autre et trouve un aboutissement dans son dépassement, à l'exemple de la problématique alcoolique dont la connaissance approfondie aide à comprendre le fonctionnement mental des humains. Le procès, dans ce film, montre combien il est facile de passer à côté d'une réalité quand domine le souci d'avoir raison contre l'autre. Il joue, ici, le rôle d'un processus thérapeutique. Il permet l'exposition d'éclairages contrastés qui conduisent à un apaisement des antagonismes, un rapprochement, entre le chrétien libanais et le réfugié palestinien musulman, entre le duo des avocats : le père et sa fille.

### ***L'indifférence***

Le soignant n'entre pas dans la relation. Il ne cherche même pas à faire l'effort de s'intéresser. Il est dans un faux *self* de soignant. Il est du bon côté du bureau, chacun à sa place. L'indifférence est un phénomène de société au même titre que les indignations collectives. Elle est favorisée par les médias de la communication émotionnelle, par effet de saturation, mais aussi par les solitudes de l'hypermodernité. Elle peut prendre la forme du cynisme.

### ***La pitié***

La pitié prolonge une opinion dévalorisante. Elle ne respecte pas le principe d'égalité indispensable à une relation de réciprocité. Elle accompagne un "abandon de poste". Le soignant estime, à tort ou à raison, que le patient est irrécupérable, alors que parfois, c'est qu'il ne relève pas de ses seules compétences. Il se retire de la relation, convaincu de son impuissance à aider.

### ***Le discours scientifique***

Le discours scientifique exposant les conséquences et les risques sans nuance, comme se récite une liste des effets indésirables et des complications possibles, est source d'angoisse pour le patient. Cette propension à s'abriter derrière un langage de répertoire manifeste un défaut de sensibilité ou, du moins, une attitude défensive. Il est des façons d'obtenir le "consentement éclairé"

qui ressemblent à des coups de massue. Tout résultat s'appuie pourtant sur l'adhésion éclairée du patient, elle-même indispensable pour armer sa résilience.

### **Le discours de la prévention**

Les mesures répressives mises en place pour la sécurité routière visent d'abord à mettre à l'abri les honnêtes gens possiblement victimes de chauffards alcoolisés. De même, les chartes anti-alcool dans les grandes entreprises cherchent avant tout à repérer les cas à risque pour les usagers, la prospérité et la tranquillité juridique de la direction. Leur impact serait à évaluer. Gageons qu'elles ne servent pas à grand-chose, sinon à repousser les alcoolisations dans la sphère privée, en attendant le licenciement pour faute, en cas de flagrant délit. Doit-on miser sur les cas-frontières ou sur les dépendances contrôlées dans la mise en réflexion critique ?

La prévention peut se donner pour objectif la réduction des risques ou encore la gestion pragmatique des dommages. La politique de réduction des risques telle qu'elle se développe, ici et là, pour remédier aux écarts de conduite des marginalisés de la rue est du même ordre. Elle est une solution avancée pour amorcer un possible lien, mais la frontière reste floue entre pragmatisme et contrôle social.

### **Le discours de la consommation contrôlée**

Le discours de la consommation contrôlée pourrait être taxé de manque d'ambition. Sans doute présente-t-il un intérêt tactique immédiat pour préserver une relation débutante. Le sujet devenu dépendant peut toujours essayer encore, quitte à échouer. En règle générale, quand il vient nous trouver, il a essayé maintes fois et depuis des années de contrôler ou d'être "raisonnable". Le programme de consommation contrôlée est attractif. Il n'est pas dépourvu d'effets transitoires. Il conforte la motivation du sujet dépendant vers une impasse. Il contribue à conforter le déni du patient. Il exprime la difficulté du sujet à se connaître, à entreprendre un travail de mentalisation. Ne relève-t-il pas de la théorisation de l'impuissance s'il est promu comme référentiel de soin ?

Si nous accordons de l'importance à l'entame dans une relation d'aide, la sincérité du soignant est d'emblée requise. Son attitude ne doit pas contribuer à donner plus d'importance qu'elle ne mérite à la consommation d'alcool, en comparaison des préjudices qu'elle

a déjà provoqués chez le sujet. Des consommations occasionnelles, plus symboliques que modérées, peuvent intervenir sans conséquences notables pour une fraction d'alcoolodépendants, après des mois de vie sans alcool. Le sujet ne boit pas : il goûte. Au vu des inquiétudes soulevées chez les proches et de la fréquence des effondrements enregistrées, est-ce raisonnable de poser la consommation contrôlée en objectif de soin chez le sujet dépendant ou même chez celui qui ne sait pas s'arrêter quand il commence ?

### **La réduction du soin à un modèle médical**

L'ouvrage du docteur Ameisen, *Le dernier verre* (10), a assuré la promotion du baclofène, une molécule utilisée dans certaines pathologies neurologiques. À forte dose, pour peu que les effets indésirables – notamment de somnolence brutale – soient négligeables, le "besoin irrépressible de boire", ou *craving*, peut disparaître. Il est fréquent qu'une molécule reconnue utile pour une pathologie le soit également pour une autre. L'ennui est que les médias ont validé un discours faisant du baclofène le moyen de "guérir" de l'alcoolisme ou de contrôler une consommation d'excès. L'intervention de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) en juillet 2017, sans solliciter alors l'opinion des cliniciens-experts que sont les prescripteurs universitaires du champ de l'alcoologie, n'a fait qu'ajouter à la confusion. Pour l'ANSM, la posologie maximale devait être fixée ou ramenée à 80 mg par jour dans le cadre de la recommandation temporaire d'utilisation, privant les bons répondeurs d'une aide appréciable, tout en favorisant des rechutes aux conséquences imprévisibles. Entre les "farouchement pour" et les "résolument contre", les débats qui conviendraient pour développer l'alcoologie clinique ne sont pas prêts d'advenir !

## **Les pièges de l'empathie**

---

L'empathie la plus équilibrée et réfléchie se prête à plusieurs pièges.

### **Du côté du patient**

Les caractéristiques psychorelationnelles du patient peuvent fausser la recherche d'adéquation sensible qu'est l'empathie, indépendamment même de la présence de l'alcool lors de la consultation.

Nombre d'alcooliques ont une personnalité clivée. Le soignant parle à la part saine qui lui répond. Sortie du cabinet de consultation, la part alcoolique reprend le pouvoir. Le patient peut rester dans une logique manipulateur, même à son insu. Il peut aussi bien alterner une attitude d'évitement, des essais d'emprise et des appels au secours. La part adaptative peut se résumer à un faux *self*. Le sujet donne à voir et à entendre ce qu'il croit bon de mettre dans la relation.

Variante perverse : la part alcoolique écarte l'alcool pour manipuler le soignant en vue d'un résultat tangible. Ce peut être la prolongation indéfinie d'un arrêt de travail, une attestation contre un employeur ou un conjoint, avec l'arrière-plan tragique de la garde des enfants, enjeu identitaire souvent, plus que capacité à assurer dans l'immédiat la fonction parentale. Habituellement d'ailleurs, une bonne raison est mise en avant pour écarter une démarche de soin conforme aux besoins dégagés des premiers échanges. Nous pouvons, comme soignants, reprendre ironiquement à notre encontre la formule selon laquelle c'est le client qui a toujours raison. Le soignant doit tolérer la tiédeur du patient à aller plus avant dans l'accompagnement. Il doit s'accommoder alors d'un suivi simple : renouvellement d'ordonnance, un point sur la "situation" : "Quoi de neuf ?".

L'alcool a disparu et le patient trouve dans ce résultat un argument pour éviter ce qui pourrait peut-être changer sa trajectoire de vie : une hospitalisation brève, la découverte de ce que vont lui apporter des séances de groupe où il accepte de se "mettre à table", une éventuelle mise en réflexion. Le soignant devra accepter que la sobriété s'adosse à une identité d'alcoolique abstinent, alors que le travail d'élaboration mentale fait encore défaut, le patient demeurant dans le récit.

### **Du côté des proches**

Les pièges relationnels peuvent se retrouver tout autant, sinon plus, chez le proche. La codépendance est un fait clinique habituel. L'alcoolique boit pour l'autre, en quelque sorte. L'un ne va pas sans l'autre. Sans alcool. Il n'est pas rare que l'alcoolique manifeste plus de bon sens et d'esprit critique que le proche accroché à lui par une relation fusionnelle ou d'emprise. Nous retrouvons une constante relationnelle, bien imagée par l'analyse transactionnelle, une estime de soi chancelante a besoin de dévaloriser l'autre pour se conforter : un "OK moins" dévalorise un autre "OK moins" pour se sentir, un temps, "OK plus".

Une part du comportement du proche est réactionnelle aux attitudes de celui qui boit alors qu'une autre part de lui-même est influencée par ce qu'il est comme sujet. Le proche est souvent prisonnier d'une histoire familiale où l'alcool a déjà joué un rôle. En même temps, la présence du proche est précieuse lors de la première rencontre pour donner une version plus authentique des faits et avoir une idée de la façon dont le proche et le patient désigné interfèrent l'un par rapport à l'autre.

Le plus dangereux des proches est celui qui reste dans l'ombre ou qui ne se manifeste qu'à l'occasion d'une reprise de l'alcoolisation. Le proche peut d'autant plus occulter le travail qu'il a à effectuer sur lui-même que l'alcool reste présent, au premier plan souvent, parfois aussi par l'effet de l'évocation systématique des souffrances passées – l'effet "d'ardoise" – ou par une attente irréaliste d'un fonctionnement "idéal", alors que le sujet commence à peine un travail de remise en question. Tout cela alors que le sujet est, au mieux, "convalescent". Les "abandons de poste" d'un proche ne sont pas rares au moment même où "son" alcoolique effectue une démarche. Il n'est pas rare que le soignant soit pris pour cible pour "manque de résultats" ou, au contraire, parce que les évolutions ne sont pas celles qui étaient attendues.

La prise en compte des proches – conjoints, enfants, parents – devrait faire partie des standards obligatoires de l'accompagnement. Les proches en souffrance devraient être correctement "instruits" et incités à se faire aider. Ce serait une façon utile de faire vivre l'empathie et une forme de prévention.

### **Du côté des soignants**

La relation d'empathie, en alcoologie, est d'autant plus un piège qu'elle fonctionne à sens unique et sur le mode duel. Une étape importante est franchie quand le sujet accepte la médiation des groupes de parole et d'ateliers œuvrant dans le même sens. Encore faut-il qu'ils existent dans l'accompagnement en répondant à plusieurs axes majeurs : le soutien narcissique, une connaissance de soi et une maîtrise émotionnelle améliorées, une élaboration mentale confortant l'esprit critique et la pensée symbolique. Tout cadre psy-alcoologique devrait offrir ces prolongements à la relation de soin interindividuelle. Hélas, dans les faits, nous savons qu'il n'en est rien.

Nous avons mentionné, à plusieurs reprises, le travail en groupes de parole, pour souligner que la relation d'aide ne se limite nullement à se mettre en phase avec la

souffrance du patient, et pas davantage avec certains de ses tropismes, comme le réalise stérilement le sempiternel “récit de l'alcool”. Il n'est quand même pas difficile de comprendre qu'au moins trois types de groupe (11) sont nécessaires dans une structure alcoologique : un groupe centré sur le deuil du produit et la revalorisation narcissique – cette dernière ne peut qu'être absente dans les lieux de cure peuplés par des “rechuteurs” plus ou moins marginalisés –, un groupe centré sur la personne, permettant de mettre en exergue les difficultés psychoémotionnelles et, en troisième lieu, un groupe centré sur le hors-alcool. Ce groupe, dit intégratif, est ouvert aux différentes sources de connaissances. Par les thématiques éclectiques qu'il propose, par la qualité intellectuelle et technique des soignants qui les animent, il permet des reformulations qui apportent des nuances et des correctifs à l'écoute du “pathos”. Les progrès en discernement s'élargissent à d'autres horizons que le Moi. Le groupe ajoute une dimension essentielle à la relation : l'humour et le rire. Vivre au présent, en “épicurien pragmatique”, est encore le plus sûr moyen d'échapper à un destin écrit nulle part.

Inutile de souligner que la configuration scientifique et comportementaliste des psychiatres, psychologues et infirmiers et, plus encore, le fait que cette forme d'accompagnement ne soit pas devenue un référentiel attendu des lieux d'accompagnement ambulatoire n'aident pas à faire vivre l'empathie dans la continuité.

### ***Les ressources du patient***

L'un des pièges de l'empathie est de surestimer ou de sous-estimer les ressources du patient, d'autant qu'elles peuvent varier dans le temps, selon la conjoncture. Encore faut-il lui donner le temps de les découvrir, de les retrouver, de les exercer. Une personne intelligente et cultivée peut être mise en échec par le détachement insuffisant d'un modèle parental qu'elle répète. Sa capacité à assurer l'essentiel de ses responsabilités peut favoriser la persistance des alcoolisations. Tant que l'instinct de conservation n'est pas mis en jeu, l'alcoolisation épisodique peut se poursuivre, favorisée par des troubles de l'humeur.

### ***Les facteurs d'empêchement***

Pour un praticien, se dire que les conditions techniques de son implication ne sont pas réunies est un véritable crève-cœur. Le constat de l'impossibilité de faire correc-

tement son métier est une source de souffrance éthique qui peut favoriser un état dépressif chez le soignant. De cette souffrance, les bureaucrates n'ont cure. L'accompagnement se révèle impossible ou excessivement compliqué. Le sujet ne peut se faire hospitaliser, même pour cinq jours ouvrables. Il est éloigné et n'a pas de véhicule pour participer aux séances de groupe, souvent en raison de la suppression de son permis. Il n'a pas de temps pour lui et l'entourage n'est pas prêt à lui en donner. Les soutiens familiaux d'origine sont éloignés ou ne sont pas fiables. Le cadre professionnel fait problème, ne serait-ce que par son absence. Le goût ou la capacité de lire font défaut. Si dispendieux d'ordinaire, la moindre dépense pour se soigner est incongrue pour l'intéressé... Le piège est alors prêt à se refermer sur le soignant et, au final, sur le patient en difficulté. Le plus simple, une fois établi le constat de l'impossibilité de l'aide, est de le signifier précisément au patient en l'incitant instamment à simplifier son équation personnelle. Pour l'heure, les conditions d'un soin possiblement efficace ne sont pas réunies. Le praticien a le droit et même le devoir pédagogique d'exprimer ses propres limites de compétence et d'action.

### ***Le refus de la protection pharmacologique***

L'arrêt de l'alcool est le chemin le plus sûr pour avancer, même en ambulatoire. Une prescription de disulfirame (Espéral®) peut se révéler précieuse et temporairement suffisante. Cette molécule aux effets dissuasifs en cas de prise d'alcool se révèle l'arme la plus utile pour le sujet désireux, le matin, d'écarter ses habitudes d'alcool du soir. Encore faut-il se donner la peine d'expliquer. La montée en épingle par le patient ou par les proches, parfois même par des soignants, des “risques” de la prise de disulfirame est, pour le moins, une manifestation de “pensée paresseuse”. Le disulfirame appartient à l'éthique de la liberté ou, pourrions-nous dire, de l'humilité partagée. Il est significatif de notre époque de lui voir préférer des molécules d'efficacité discutable aidant à “gérer” la dépendance alcoolique. Un sujet qui gère sa consommation d'abus devient ou reste conforme.

### ***Un citoyen exemplaire***

Parfois, le sujet est dans une telle habitude de repli social qu'il va faire du surplace, pendant des mois, des années. C'est probablement ce que la société attend de lui : qu'il consomme sans créer de difficultés. Après tout, la consommation de tabac et d'alcool économise dix ans

de versement des retraites et elle fait des dix dernières années du patient une source de revenus pour les différents acteurs professionnels mobilisés par les pathologies et les problèmes relationnels. De ces points de vue, le consommateur d'excès est un citoyen exemplaire.

### Le donquichottisme

Dans ces diverses circonstances, le médecin doit comprendre et admettre que son empathie peut se révéler un piège aussi bien pour la relation d'aide qui la justifie que pour sa tranquillité personnelle. Les personnalités perverses ont tôt fait de saisir la moindre erreur de positionnement pour l'exploiter à leur avantage. La judiciarisation de la pratique médicale est une réalité dont il convient de tenir compte impérativement. Les doléances et les plaintes réceptionnées par l'Ordre des médecins sont en croissance continue depuis quelques années. Le médecin doit rester dans son rôle, même s'il peut inciter son patient à ne pas se laisser faire par ce qui est décrit ou vécu comme une agression. Même si le donquichottisme médical est une pathologie en voie de disparition, il est bon de le prendre en compte pour éviter de transformer l'objectif d'empathie en cauchemar juridique. Le donquichottisme latent du praticien doit s'abstenir de toute prise de position fondée sur la seule écoute du patient. Ce piège, rattaché au désir d'empathie, se retrouve de plus en plus souvent. Le monde du travail est devenu un lieu de contrôle social et de contre-productivité. Il suscite le *burn* (épuisement), le *bore* (l'ennui), le *brown* (la perte d'identité) *out*. Il peut inciter le patient à faire appel au médecin. Le médecin doit rester expressément dans son rôle : se limiter à ce qu'il peut observer, distinguer formellement par des guillemets, dans ses certificats et attestations, les allégations du patient et, plus que tout, s'interdire de tirer des conclusions, si justifiées qu'elles soient à ses yeux, alors qu'elles relèvent du droit, de la médecine du travail ou des services sociaux. Un certificat n'est jamais une urgence. Au moindre doute, le praticien peut solliciter un avis de pairs autorisés. Le document doit exclure par principe une empathie déclinée sur le mode de relations de cause à effet supposées.

### Conclusion

Le but du soignant est de ne servir à rien, après avoir servi à quelque chose, à un certain moment. Il peut s'éloigner alors, à la manière de Nanny McPhee (12).

L'empathie est trop indispensable à la relation d'aide pour avoir la fonction d'un concept-écran. Cette contribution s'est efforcée, à son propos, d'inverser la logique de la novlangue qui revient à réduire la faculté de penser en supprimant des mots. Nous avons souligné, dans l'éventail des positionnements relationnels, l'importance de la "neutralité bienveillante".

Cela étant, et c'est probablement le fond du problème, les équipes "opérationnelles" sont trop rares et les moyens mis à leurs dispositions souvent dérisoires. L'absence d'un accompagnement de proximité psychologique (ou addictologique) digne de ce nom pour les personnes disposant de ressources intellectuelles, éthiques, familiales et professionnelles conforte un darwinisme sociétal silencieusement à l'œuvre.

Les lacunes objectives de la bienveillance débordent le territoire de l'alcoologie. Elles concernent le champ de la santé tout entier, à l'image d'une société qui choisit la posture du compassionnel pour masquer ses renoncements et sa dureté. Un fossé infranchissable semble s'être creusé entre le pays réel et ceux qui ont la charge de le gouverner. Les phénomènes massifs de marginalisation sont implicitement reconnus par la perspective d'un revenu mensuel généralisé.

Une bureaucratisation virtuelle extensive règle nos jours et nos nuits, plus sûrement que le cours des planètes. La numérisation généralisée de la vie relationnelle participe à l'évolution schizophrénique et compulsive d'une société déboussolée. La dépendance numérique complète désormais le large éventail des addictions. Elle soumet à ses contraintes intrusives notre quotidien, l'éducation et le travail, la culture et l'économie. Le monde numérique est une totalité non conflictuelle en mouvement accéléré, pour parodier la formule de Marx. Une version Windows chasse l'autre. Le conflit n'a plus de raison d'être depuis que Big Brother impose sa logique, ponctuée par des messages d'alerte. La solitude n'existe plus puisque n'importe qui peut soliloquer ou "échanger" via un réseau virtuel. Tout peut être étalé, exhibé. L'antihumanisme de la société hypermoderne, souligné par la perspective des robots humanoïdes, est un facteur d'empêchement à un travail mental d'élaboration et une source de nuisances sans fin. L'essor de la société du "baratin" (13) accompagne le déclin de la culture politique. Nul ne peut se passer cependant du politique pour dégager des solutions d'ensemble.

En attendant un très souhaitable mais hypothétique renversement de tendance, les praticiens et les soignants

qui essaient de soutenir leurs patients face à leurs difficultés psychologiques, professionnelles, de couple ou de parents, doivent devenir prudents – sinon résignés – dans ce contexte délétère. Ils ne changeront pas, à eux seuls, les dérives de l'hypermodernité façonnée par le parti de la finance mondialiste. Une société qui “tourne le dos” à l'éthique en lui substituant la morale de la compétition et du “pognon” est suicidaire. D'une certaine façon, chacun, quelle que soit sa place, doit se remettre en question. Refuser, entrer en résistance, refonder. Pourquoi ne pas tenter la bienveillance critique et solidaire ? ■

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

H. Gomez  
L'empathie en alcoologie. Variantes, faux-semblants et pièges  
*Alcoologie et Addictologie*. 2018 ; 40 (4) : 340-352

## Références bibliographiques

- 1 - Agag-Boudjahlat F. Le grand détournement. Paris : Éditions du Cerf ; 2017.
- 2 - Rogers C. Les groupes de rencontre. Paris : Interéditions ; 2006.
- 3 - Gillespie C. Une fiancée pas comme les autres. États-Unis ; 2007.
- 4 - Gomez H, Claudon M, Ostermann G. Les représentations de l'alcoolique. Toulouse : Érès ; 2014.
- 5 - Kernberg O. La personnalité narcissique. Toulouse : Privat ; 1991.
- 6 - Branagh K. Cendrillon. Film. États-Unis ; 2015.
- 7 - Austen J. Orgueil et préjugés. Chapitre V. In : Œuvres romanesques complètes, volume 1. Paris : Gallimard, la Pléiade ; 2013.
- 8 - Erner G. La société des victimes. Paris : La Découverte ; 2006.
- 9 - Doueri Z. L'insulte. Liban ; 2017.
- 10 - Ameisen O. Le dernier verre. Paris : Denoël ; 2008.
- 11 - Gomez H. Les groupes de parole en alcoologie. Toulouse : Érès ; 2011.
- 12 - Jones K. Nanny McPhee. Grande-Bretagne ; 2005.
- 13 - Pennycook G, et al. De la réception et détection du baratin pseudo-profond. Le Kremlin-Bicêtre : Zones sensibles ; 2016.