

Mme Micheline Claudon*, Mme Stéphanie Toutain**

* Psychologue clinicienne, Formatrice en alcoologie, Hôpital Bichat, Paris, France

** Maître de conférences, Cermes 3, Université Paris Descartes Sorbonne Paris Cité, 45, rue des Saints-Pères, F-75270 Paris Cedex 06

Courriel : stéphanie.toutain@parisdescartes.fr

Reçu mai 2013, accepté novembre 2013

L'avance de la parole

Un outil relationnel

Résumé

La question de la demande en alcoologie continue d'être polémique, tenant à la fois au positionnement personnel et théorique du clinicien, mais aussi sans doute à son lieu d'exercice et à l'objectif visé de la rencontre entre le malade et le praticien. La rencontre avec le malade alcoolique engendre, chez la plupart des intervenants, un malaise attribué à la puissance des représentations de "l'alcoolique" partagées par le malade et l'intervenant. Afin de diminuer ce malaise lié à la puissance et à la violence des représentations, il est d'abord nécessaire que les intervenants n'attendent pas la demande et, surtout, revisitent voire modifient – si nécessaire – leurs propres représentations au moyen d'un travail personnel. Une fois l'espace relationnel "démuni", il convient que les intervenants expliquent en quoi la dépendance peut être appréhendée comme une maladie, mais aussi qu'ils insistent sur la sensibilité individuelle de chacun face à l'alcool, substance considérée au départ par le malade comme un ami de toujours, mais devenu au fil du temps un traître autour duquel le malade et l'intervenant vont se liguier pour le combattre. Cette approche contribue à renforcer l'alliance thérapeutique et à restaurer la dignité du malade "alcoolique", autant de facteurs favorables à la réussite de ce parcours long et difficile.

Mots-clés

Malade alcoolique – Représentation – Guide d'entretien – Contre-attitude – Lien.

Dans le service de médecine générale d'un hôpital parisien, les malades alcooliques représentent près du quart des lits occupés. L'une des missions des professionnels de santé exerçant dans ce service consiste à les prendre en charge, mais la plupart d'entre eux, malgré leurs connaissances sur la relation d'aide et leur formation à l'entretien motivationnel (1, 2), se retrouvent encore

Summary

Raising the issue of alcohol with the patient: a relational tool
The patient's desire to seek medical attention in addiction medicine remains a controversial issue due to the clinician's personal and theoretical positioning, but also probably due to the geographical site of addiction medicine practice and the objective of the meeting between the patient and the clinician. The meeting with the alcoholic patient generally induces a malaise attributed to the power of the representations of "alcoholics" shared by both the patient and the clinician. In order to decrease this malaise related to the power and violence of these representations, clinicians must not wait for the patient to seek attention and, more importantly, they must modify their own representations by a process of personal analysis. After clearing the relational space, the clinician must explain how dependence can be considered to be an illness, but must also emphasize the individual sensitivity of each person in relation to alcohol, a substance initially considered by the patient to be a lifelong friend, but which, with time, has become a traitor, against which the patient and the clinician will join forces in the fight against alcohol. This approach contributes to strengthening the therapeutic alliance and restoring the "alcoholic" patient's dignity, two factors that can contribute to the success of this long and difficult process.

Key words

Alcoholic patient – Representation – Interview guide – Counter-attitude – Link.

parfois démunis pour échanger avec ces malades en raison de leur malaise à aborder le sujet de l'alcool (3, 4). Ce malaise – très bien décrit dans la littérature (5) – peut être attribué à la puissance des représentations de "l'alcoolique" partagées par le malade et l'intervenant (6). Et il constitue un frein à l'instauration de l'alliance thérapeutique (7, 8).

Le guide d'entretien et les outils présentés sont issus de l'activité d'alcoologie de liaison et d'une centaine de formations en alcoologie dispensées auprès des secteurs public et privé de professionnels très divers (travailleurs sociaux, médecins du travail, médecins généralistes, infirmières et aides-soignantes des secteurs généraux et psychiatriques, bénévoles et salariés d'associations caritatives, encadrants et personnel des ressources humaines, sages-femmes, puéricultrices) entre 1997 et 2013 en France métropolitaine. Par ailleurs, ces guide d'entretien et outils proposés ont été enrichis par des récits d'expériences issus d'une activité clinique en alcoologie de liaison (service de médecine et de spécialité d'un hôpital général). Précisons que cette approche ne s'oppose pas à l'approche motivationnelle – bien au contraire –, elle prend en compte les représentations de "l'alcoolique" afin de préparer cette rencontre.

Cet article propose une réflexion sur le positionnement de l'intervenant à partir duquel chacun pourra, s'il le souhaite, expérimenter le guide et les outils proposés, et évaluer leur pertinence dans le cadre de son intervention thérapeutique.

Pourquoi attendre la demande ?

La question de la demande en addictologie, et plus encore en alcoologie, continue d'être polémique, tenant à la fois au positionnement personnel et théorique du clinicien, mais aussi sans doute à son lieu d'exercice et à l'objectif visé de la rencontre entre le malade et le praticien. La position "d'attente de la demande", défendue par des praticiens en thérapie brève (9), évite d'interroger ses propres représentations de "l'alcoolique" qui, bien en deçà de la question de la demande, génèrent des contre-attitudes nuisibles à l'établissement d'une relation de confiance.

Être ou ne pas être "alcoolique"

Depuis les années 1980, les nouvelles classifications DSM-III et suivantes (10) ont permis aux intervenants de faire l'économie de cette question des représentations de l'alcoolique puisque les termes d'abus, de mésusage et de dépendance se sont progressivement substitués à ce terme jugeant et peu précis "d'alcoolique", au point d'instaurer une "loi du silence" puis d'opprobre sur ceux qui auraient encore osé utiliser ce terme – d'un autre siècle –, à l'exception du mouvement des Alcooliques anonymes qui met sous l'identité "alcoolique" une signification de croissance personnelle, spirituelle, se distinguant totalement des qua-

lificatifs associés habituellement à ce terme et revendiquant cette appartenance. Toutefois, quelle que soit la pertinence de la critériologie des DSM, rechercher des critères ne permet pas de s'interroger sur ses propres représentations.

Cette distanciation, que l'on retrouve dans les publications et travaux de recherche (11), ne s'est pas imposée avec la même temporalité dans la pensée de ceux qui, au quotidien, côtoient les "malades de l'alcool". Ainsi, la question que se posent les intervenants se présente sous la forme d'une équation complexe : "comment lui parler des conséquences de son alcoolisme sans lui dire qu'il est alcoolique ?", à laquelle en écho répond la question des malades : "de quoi pourrais-je lui parler pour qu'il évite le sujet "alcool ?" et, sous-entendu, "ne me "traite" pas "d'alcoolique"".

Représentations du malade alcoolique

Ainsi, va se jouer un jeu de cache-cache où chacun des protagonistes évitera de prononcer ce terme "d'alcoolique" qui recouvre à la fois un diagnostic médical et la pire des injures : "être alcoolique".

L'énoncé de ces représentations provient, d'une part, des patients rencontrés en consultation d'alcoologie de liaison et, d'autre part, de professionnels du champ médico-social venus se former en alcoologie et souhaitant comprendre comment dépasser leur malaise ressenti lors des confrontations à la pathologie alcoolique et à ses conséquences.

Les représentations de l'homme alcoolique diffèrent de celles de la femme, mais n'en demeurent pas moins tenaces et actives. Les hommes alcooliques sont le plus souvent qualifiés de "bons à rien", "faibles", "menteurs", "irresponsables", "dangereux", "indisciplinés et absents", "dépressifs, incurables et parias", "un poids pour la société" (12). Ce qui se traduit de la part des patients rencontrés en activité de liaison, informés du statut de l'intervenant alcoologue, par des paroles telles que : "Moi, j'ai de la volonté", sous-entendu : "je ne suis pas alcoolique", ou bien encore : "qui m'a dénoncé ?", associant alors directement faute et conduite d'alcoolisation.

L'alcoolisme féminin, malgré l'évolution lente des mentalités, est encore jugé moralement "pire" que celui des hommes et, de ce fait, sera encore moins souvent abordé par les interlocuteurs. La première représentation de la femme alcoolique reste celle de la "mauvaise mère" qui

préfère l'alcool à ses enfants (13). Cette représentation est particulièrement lourde de conséquences pour les femmes enceintes qui ne peuvent, de ce fait, aborder la question de l'alcool de peur que l'on décide de leur retirer leur enfant avant même leur naissance (14-16). Mais l'image de la femme alcoolique peut aussi être associée à la négligence, la vulgarité, l'excès ou bien encore la prostitution.

Enfin, ajoutons encore que le terme "d'alcoolique" est très fréquemment synonyme de marginalisation, et lorsque la perte de contrôle ou la dépendance ne peuvent plus être niées, le terme "d'alcoolisme mondain" vient encore par un tour de passe-passe éviter la prise de conscience et la confrontation à la réalité, première étape incontournable vers le soin.

L'énoncé de ces représentations explique la difficulté rencontrée par les intervenants pour aborder la question de l'alcool, quelle qu'en soit l'incidence. En effet, parler alcool à quelqu'un qui témoigne d'une utilisation inadéquate, c'est "prendre le risque" de le "traiter" d'alcoolique.

Évaluer, modifier ses propres représentations

L'usager ou le patient ou le salarié en difficulté avec l'alcool, en raison de ses propres représentations, s'installera et renforcera sa position défensive, trop souvent qualifiée de déni, voire de mensonge. À défaut de communiquer, l'intervenant et l'usager partagent des stratégies de distanciation permettant à chacun d'éviter ce sujet tabou. Cette apparente position de déni, mécanisme de défense protecteur, n'est aucunement prédictive d'un refus de proposition de soins, mais retardera la formulation d'une demande explicite. Cette position "attentiste" pourrait être entendue et perçue par l'intervenant comme une demande implicite : "ne me dites pas que je suis alcoolique, cela je ne peux pas l'accepter, mais dites-moi autre chose "d'acceptable" et je serai peut être prêt à l'entendre".

Pour acquérir une liberté suffisante pour formuler une proposition de soins, l'intervenant devra s'interroger sur ses propres représentations, se les formuler et analyser les circonstances qui ont permis leur évolution. Outre les formations proposées par des organismes spécialisés (IREMA, ANPAA, CFCPH), la présence aux groupes de parole d'anciens malades (17) permet d'évoluer dans ses représentations et de comprendre en quoi le discours explicite peut être éloigné, voire opposé à la demande implicite.

L'information alcoologique : déménagement des représentations

La puissance et la violence de ces représentations agissent comme autant de "mines", prêtes à exploser ; elles précèdent la rencontre et ne dépendent pas ou peu de la personnalité de chacun des protagonistes.

Face à ce "champ de mines", le professionnel dispose de trois possibilités identifiées à ce jour :

- La première consiste à "contourner" les mines en employant des périphrases adaptées au domaine d'exercice afin de ne pas prononcer le terme "alcool" et soi-disant épargner le malade alcoolique. À titre d'exemple, un professionnel exerçant en milieu médical pourrait dire : "Madame, vous devriez vous occuper de votre problème de foie". Or, ces périphrases, loin de protéger le patient, renforcent encore les résistances en témoignant que le terme "alcool", entendu comme alcoolique, est tellement laid qu'il ne peut être prononcé.

- La deuxième possibilité – très violente et totalement inefficace – consiste à faire "exploser" les mines et faisant soi-disant appel à la "volonté" du patient, en le provoquant. Par exemple : "Vous avez déjà un enfant placé, continuez comme cela, on placera le second". Ces provocations signent de la part de l'intervenant la méconnaissance absolue du mécanisme de la dépendance. En effet, si environ 90 à 92 % des consommateurs d'alcool (18) peuvent contrôler ou interrompre leur consommation, 8 à 10 % entretiennent avec l'alcool un lien de dépendance ou la "volonté" n'a plus sa place.

- La troisième possibilité consiste à "démener" l'espace relationnel en proposant à la personne mésusant ou dépendante de l'alcool un entretien au cours duquel l'information traduira l'intérêt et la connaissance du mécanisme de la dépendance et déterminera l'empathie pour cette personne. Ce changement nécessite de la part du professionnel un travail intérieur et intime pour s'ajuster à l'attente implicite du patient (19).

Alcoolisme-maladie : le "contre-poison" de la "volonté"

Expliquer en quoi la dépendance peut être appréhendée comme une maladie permet de s'affranchir de toute connotation morale, et ce, d'autant plus qu'une explication physiologique viendra à l'appui de cette démonstration. En évoquant la "maladie", en appuyant ses explications

sur des documents précis, rédigés avec un vocabulaire accessible à tous que l'usager pourra s'approprier, l'intervenant parle de lui et du regard qu'il porte sur cet étrange phénomène de "perte de contrôle" qui à la fois fascine et effraie chacun des protagonistes.

Sensibilité individuelle : être "unique" au lieu d'être "faible"

"Je bois comme tout le monde" (6) pourrait être entendu comme "je bois encore comme tout le monde" car à quelques exceptions près, la plupart des usagers témoignant des effets d'une consommation excessive sont un jour passés par cette consommation "contrôlée", qui s'est au fil du temps modifiée qualitativement et quantitativement. Cette réponse toute faite du "comme tout le monde", qui renvoie en miroir à la propre consommation d'alcool de chacun, peut être assimilée à une quête d'appartenance : "je suis des vôtres, je bois encore "comme les autres"".

Cette information sur la sensibilité individuelle (20) témoigne bien de l'intérêt porté à la personne qui consomme plus qu'à son niveau de consommation. Sur ce plan, le "piège" de la quantité consommée peut grandement nuire à l'installation d'un climat de confiance entre l'usager et l'intervenant. Ainsi, le "combien buvez-vous ?" peut-être vécu sur un mode persécutif, et ce, d'autant plus que les usagers souffrant de dépendance physique sont contraints de boire une certaine quantité d'alcool pour soulager le manque. De plus, les questionnaires évoquent toujours le terme de "consommation déclarée d'alcool" (CDA), ce qui sous-entend que la déclaration doit être appréhendée avec prudence ou précaution. Par contraste, la question du "comment buvez-vous ?" renseigne sur le climat personnel, intime qui accompagne les consommations d'alcool. Et guidera les intervenants pour l'accompagnement, en particulier si la poursuite du soin conduit vers une consommation "contrôlée".

Alcool psychotrope : ouverture sur un espace relationnel

Les conséquences délétères de la consommation d'alcool, qu'il s'agisse du plan somatique, psychique, social, judiciaire, professionnel ou familial, constituent fréquemment l'objet même de la rencontre avec un intervenant, sommé généralement par les tiers – la famille, les amis, les méde-

cins du travail – d'agir rapidement et surtout efficacement. Ici encore, la tentation est grande de contraindre l'usager à constater de lui-même les effets de sa consommation excessive et de l'engager dès lors à prendre la bonne décision, c'est-à-dire l'arrêt d'alcool immédiat. Chacun aura expérimenté l'inadéquation de ce positionnement qui se rapproche dangereusement d'un jugement moral sur le mal fait à l'entourage ou à lui-même.

Approcher l'usager oblige les intervenants à quitter cette instantanéité et remettre en perspective la consommation d'alcool dans la vie quotidienne de l'individu.

Énoncer en termes clairs les bienfaits de l'alcool (désinhibiteur, euphorisant, aide à dormir, soulage la douleur) permet de rejoindre l'usager là où l'alcool était encore un ami et, de ce fait, de faire alliance pour regarder ensemble, comment ce faux-ami est devenu un traître – ce qu'au fond de lui, cet individu sait parfaitement, mais ne peut admettre. Au fil du suivi sur des années, professionnel et malade peuvent alors se liquer contre ce traître, devenu un véritable "pansement infecté", pansement soulageant certes une douleur intime présente, mais provoquant aussi une infection creusant une plaie toujours plus profonde du fait même des conséquences de la consommation et de la progression de la perte de contrôle.

Dans notre société où le temps est si précieux, "perdre" du temps pour en gagner constitue le pari audacieux proposé à l'intervenant, qui pourra alors énoncer, expliquer et accompagner l'ambivalence de celui qui ne peut pas encore admettre qu'il a été trahi par cet "ami de toujours", l'alcool. Cette ambivalence traduite par "je veux, je ne veux pas, mais je veux quand même", devant être expliquée par l'intervenant comme un mouvement naturel, compris et accepté, sera au cœur même de l'alliance thérapeutique

Conclusion

Se distinguer de la pensée commune, en associant au terme "d'alcoolisme" celui "de maladie" ou "malade de l'alcool" ou "malade par l'alcool", invite l'usager, le patient, à se rapprocher, à un temps qui sera le sien, des soignants identifiés comme interlocuteurs possibles car non jugeants et dignes de confiance. L'objet même de la rencontre, la création d'un lien, se substituera progressivement dans l'esprit du patient à l'obtention d'une sobriété totale et de préférence de longue durée... Encore faut-il que cette priorité du lien sur l'abstinence soit aussi claire dans l'esprit de l'intervenant. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

M. Claudon, S. Toutain
L'avance de la parole. Un outil relationnel
Alcoologie et Addictologie 2014 ; 36 (1) : 49-53

Références bibliographiques

- 1 - Fortini C, Daeppen JB. L'entretien motivationnel. *Psychothérapies*. 2011 ; 31 (3) : 159-65.
- 2 - Couzigou P, Vergniol J, Kowo M, Terrebonne E, Foucher J, Castera L, Laharie D, De Ledinghen V. Mise au point : intervention brève en alcoologie. *La Presse Médicale*. 2011 ; 38 (7) : 1126-33.
- 3 - Deans C, Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*. 2005 ; 12 : 268-74.
- 4 - McLaughlin D, McKenna H, Leslie J, Moore K, Robinson J. Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*. 2006 ; 13 : 682-6.
- 5 - Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013 ; 131 (1-2) : 23-35.
- 6 - Maisondieu J. Les alcooléens. Paris : Bayard Jeunesse ; 1998.
- 7 - Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, Ball SA. Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: a pilot study. *Substance Use and Misuse*. 2009 ; 44 : 1021-38.
- 8 - Thorneycroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*. 2007 ; 19 : 113-22.
- 9 - Isebeart L. Alcoologie : méthode et évaluation du modèle solutionniste de Bruges. In : Doutrelugne Y, Contencien O. Thérapies brèves : situations cliniques. Paris : Masson ; 2008. p 125-47.
- 10 - Corcos M. L'homme selon le DSM. Paris : Albin Michel ; 2011.
- 11 - Paille F. Nosographie des troubles de l'alcoolisation, repérages et diagnostic. *La Revue du Praticien*. 2006 ; 56 : 1061-9.
- 12 - Paille F. Alcool. In : Lejoyeux M. Alcoologie. Paris : Masson ; 2009. p 73-97.
- 13 - Simmat-Durand L. Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. Paris : L'Harmattan ; 2009.
- 14 - Toutain S, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Simonpoli AM, Vellut N, Genest L, Miossec E, Lejeune C. Conséquences, pour l'enfant à naître, du maintien de la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Archives de Pédiatrie*. 2010 ; 17 (2) : 1273-80.
- 15 - Simmat-Durand L. Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2009 ; (10-11) : 86-9.
- 16 - Simmat-Durand L. Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane. *Psychotropes*. 2008 ; 14 (3-4) : 179-99.
- 17 - Gomez H. Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool. Paris : Dunod ; 2011.
- 18 - Jeannin JP. Gérer le risque alcool au travail. Lyon : Chronique Sociale ; 2003.
- 19 - Osterman G, Rigaud A. Comment faire l'avance de la parole auprès du patient alcoolodépendant ? *PsychoMédia*. 2010 ; (26) : 66-70.
- 20 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance, Collection Expertise collective, Paris : Éditions Inserm ; 2003.