

# L'hospitalisation brève en alcoologie

Henri Gomez

# L'hospitalisation brève en alcoologie

BACCHUS

érès  
éditions

*« Si tu recules, tu meurs, si tu avances, tu meurs,  
alors pourquoi reculer ? »*  
Proverbe zoulou

*Mes vifs remerciements et ma reconnaissance  
à Michèle F., Janine G., Martine G., Véra L.  
pour leurs avis et corrections,  
ainsi qu'à tous les bénévoles de l'AREA 31 pour leur implication.*

Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012  
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3610-0  
Première édition © Éditions érès 2012  
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scan-nerisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

## *Table des matières*

<b>Introduction</b> .....	9
L'état des lieux.....	10
Qu'est-ce que l'hospitalisation brève en alcoologie (HBA) ?.....	14

### **I. L'HOSPITALISATION BRÈVE EN ALCOOLOGIE : HBA**

<b>L'hospitalisation brève : second temps possible d'une méthodologie en trois temps</b> .....	25
Les préliminaires.....	26
Trop de formalisme nuit à l'efficacité.....	27
Les premières rencontres.....	28
Le style relationnel.....	30
Le contrat d'hospitalisation.....	32
Le rôle de l'AREA.....	33
La constitution d'une équipe de stagiaires ou <i>coaching</i> ....	34
<b>Le déroulement d'une HBA ou « stage »</b> .....	37
Huit journées particulières.....	37
Le contenu de l'hospitalisation brève.....	41
La prise en compte de la dimension familiale.....	45
Au-delà du séjour, les objectifs.....	46
Dynamique participative et entraînement par le haut.....	47

<b>HBA et structuration psychique</b> .....	49
La montée des structurations « limites » de la personnalité.....	50
Que peut apporter le soin alcoologique et notamment l'HBA aux patients limites ?.....	53
Les autres configurations psychiques.....	55
<b>L'histoire naturelle des problématiques alcooliques</b> .....	61
Nocivité et devenir des addictions .....	62
Se servir de l'histoire pour lever la honte et la culpabilité.....	63
Changer le regard de la société sur la problématique alcoologique.....	64
Le « gold standard » : ambulatoire et/ou HBA ?.....	66
<b>L'équation personnelle</b> .....	69
Éloge de la singularité, difficulté à vivre des différences.....	74
<b>Jusqu'où aller dans le soin ?</b> .....	79
Avec le sevrage, tout peut commencer.....	79
Délivrer des messages clairs, inciter à poursuivre.....	81
Aller plus loin.....	87

## **II. L'HBA : UNE DÉMARCHE INTÉGRATIVE**

<b>La préoccupation intégrative</b> .....	93
Les significations possibles du mot.....	93
Quels sens est-il légitime de donner à ce mot en alcoologie ?.....	95
La préoccupation intégrative s'est imposée dans tous les secteurs de notre pratique.....	96
<b>Refonder et développer la résilience</b> .....	101
Poursuivre le travail autour de la honte et de la culpabilité.....	101
Restaurer l'image de soi.....	102
S'exercer au travail psychique.....	104
Céder à la tentation d'être vrai, en transcendant son identité.....	106

<b>Les modes de pensée efficaces</b> .....	109
Les limites du raisonnable.....	109
Intérêt et limite du Baclofène.....	113
Faire simple face à la complexité.....	114
Repérer les pensées dysfonctionnelles.....	116
Rire, « ne pas se prendre diablement au sérieux ».....	120
Laisser passer l'émotion.....	120
<b>La déclinaison de la fonction soignante</b> .....	123
La répartition de la fonction soignante.....	123
Les acteurs de la fonction soignante.....	124
La fonction soignante fait intervenir les médiations du séjour.....	125
Le groupe réfléchit à : « Qu'est-ce qui fait soin en alcoologie ? ».....	127
<b>Hospitalisation brève et outil cinéma</b> .....	135
Les fonctions assurées par l'outil audiovisuel.....	135
L'usage du cinéma dans le soin.....	136
L'atelier cinéma.....	139
Cinéma et groupe de parole.....	140
Post-scriptum : les « trois fées ».....	145
<b>La fin du soin</b> .....	147
Comment se présente la fin du soin dans un parcours classique ?.....	148
Une grande diversité de parcours.....	149
Des dispositions simples et pratiques.....	153
Les frontières du soin.....	154
Les plus jeunes.....	154
Le soignant dépendant.....	156
<b>Bref ou long : comment classer notre soin ?</b> .....	157
Accepter et se réjouir de la complexité.....	157
L'incontournable « ici et maintenant ».....	159
Parler des malades ou parler avec les malades ?.....	162
Intégrer plutôt qu'opposer.....	165
Le tamis de l'orpailleur.....	168

### III. POSSIBILITÉS ET PERSPECTIVES

<b>Les suivis ambulatoires et les autres temps de soin</b> .....	175
Le temps préalcoologique .....	176
Les suivis ambulatoires .....	176
Les autres lieux et temps de soin .....	180
<b>Réformer</b> .....	185
<i>A Royal Affair</i> .....	185
Redonner sa vérité fonctionnelle à la filière médicale .....	187
La progression de la souffrance au travail chez les médecins .....	190
Redevenons sérieux, soyons utopiques .....	191
<b>Retour sur l'implication</b> .....	195
S'impliquer, c'est d'abord se sentir concerné .....	196
Du côté du soignant, comment faire vivre l'implication ? .....	198
L'implication des patients à travers l'association d'entraide .....	204
Conclure ? .....	208

### IV. ANNEXES

<b>Annexe 1. Bibliographie</b> .....	211
<b>Annexe 2. Cinémathèque 2012</b> .....	213
<b>Annexe 3. Projet « Aide aux familles » pour la Fondation de France</b> .....	223
<b>Annexe 4. Pour un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens</b> .....	229
<b>Correspondance</b> .....	239

*À Michèle Monjauze*  
*À Baruch Bento Spinoza*  
*Aux hérissons écrasés sur les routes*

## *Introduction*

Comme l'a manifesté le phénomène médiatique du Baclofène, les personnes concernées par la dépendance et par la perte de contrôle de leur consommation d'alcool tardent à exprimer leur problème. À côté de la honte et du déni, l'absence de soin accessible et crédible représente un frein pour des démarches au moment où la relation à l'alcool devient critique. Paradoxalement, c'est la fraction des alcooliques qui dispose encore d'atouts appréciables, d'un point de vue social, familial et culturel, qui est la plus mal lotie.

Depuis vingt-cinq ans – d'abord en tant que gastro-entérologue, plus récemment comme psychiatre –, j'ai développé dans le cadre de ma pratique, à la clinique du Parc à Toulouse, une méthodologie innovante qui vise à rendre plus efficient le soin alcoologique. L'hospitalisation brève en alcoologie (HBA), telle qu'elle est justifiée et explicitée dans cet ouvrage, est une des pièces maîtresses d'un dispositif qui facilite l'accompagnement ultérieur, après les premières rencontres avec le clinicien. Le concept se pose en alternative à la plupart des cures classiques. Après les *Clés pour sortir de l'alcool*, qui présentaient les axes d'un soin méthodique, et *Les groupes de parole en alcoologie*<sup>1</sup>,

---

1. Il sera ici très souvent fait référence à ces deux ouvrages précédemment édités dans le cadre de la collection « Bacchus » (Toulouse, érès, 2012). Tout comme au *Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool* (Paris, Dunod, 2<sup>e</sup> édition, 2011).

soumis à des référentiels développant leur efficacité, ce troisième volet illustre concrètement ce que peut être un soin réellement intégratif. La prise en compte de la psychopathologie a pour heureux effet de dépsychiatriser autant que faire se peut l'alcoologie en aidant les personnes en difficulté avec l'alcool à se prendre véritablement en main. Leur implication, concrètement organisée sous la forme d'une association de réflexion et d'entraide – l'AREA 31 –, rencontre celle des soignants.

À une période où une crise sans précédent, objectivement addictogène, menace les sociétés développées, l'HBA peut représenter un changement possible dans l'offre de soin « psyCOalcoologique ».

## L'ÉTAT DES LIEUX

Le regard que je porte sur l'offre de soin proposée aux personnes en difficulté avec l'alcool nous servira de préalable. Effectivement, ce regard conditionne le corps du délit, du délit qui consiste à penser concrètement le soin à partir de l'observation directe et attentive de l'objet traité : la problématique alcoolique. La masse et la diversité de la population en difficulté avec l'alcool justifieraient, à mon sens, de revoir de fond en comble le soin alcoologique, tant du point de vue du dispositif d'ensemble que de ses contenus.

À la fin des années 1990, les gouvernements ont fait le choix de transformer les Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA), certes inopérants et dépassés, en centres d'addictologie publics aux sigles changeants, actuellement appelés CSAPA (Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie), sortes de dispensaires pour addicts, généralement polytoxicomanes et socialement marginalisés. Ce choix politique et sociétal – par son caractère exclusif au détriment de la filière libérale, acquise, de son côté, aux actes rentables – présente le grave inconvénient de laisser de côté 80 % des personnes alcooliques, celles qui disposent encore d'assez de ressources pour changer leur parcours de vie, sous réserve de bénéficier d'une aide appropriée.

Le statut du soin psychique et de ses modalités n'a pas fait l'objet d'un consensus opérant. Bien au contraire, la mode des

thérapies brèves, qui plus est mal comprise, a contribué à escamoter la psychopathologie, plus particulièrement celle sous-jacente aux addictions. Les douze étapes des Alcooliques anonymes, pensées en 1935 par les fondateurs de ce mouvement devenu international, sont encore proposées en l'état par des lieux de cure, en 2012. Un courant récent tend à réduire la problématique alcoolique à une simple déficience neurobiologique, gérable sur ordonnance. Aucun débat n'a été mené pour assurer un soin psychique efficace, à la portée financière de toute la population. Le statut de consultant d'alcoologie, qui aurait pu fédérer différents types de soignants, dans le respect de leur option professionnelle, n'a pas été individualisé ; pas plus que celui de clinicien alcoologue et addictologue de ville.

Il n'y a pas eu de débat pour diversifier l'usage des groupes de parole, particulièrement dans un souci intégratif, faisant appel à des thématiques d'inspiration différente, alors même que plusieurs auteurs ont plaidé en faveur de l'éclectisme dans le soin psychique. Les groupes médiateurs du lien, animés par le soignant en charge des suivis individuels, ne sont pas reconnus comme outils d'accompagnement par le dispositif réglementaire au-delà des séjours. La force soignante d'une association de bénévoles rattachée à une structure n'a pas fait l'objet d'une analyse théorique, psychanalytique et systémique, débouchant sur des pratiques objectivables. Les travaux les plus pertinents sont restés l'affaire d'initiés. L'existant n'a pas ouvert la voie à la prospective.

Parallèlement, les conditions de vie de la population se sont nettement détériorées et les addictions ont prospéré sous l'impulsion d'une société en perte de sens, en soif de consommation, immergée dans le virtuel et la crise.

L'influence de l'industrie pharmaceutique ne s'est pas démentie, encourageant ceux qui ramènent la problématique alcoolique à un problème neurobiologique, gérable sur ordonnance. Les objectifs de « guérison », de « rémission » ou de consommation normalisée sont médiatisés, sans précaution ni clarification. Le propos s'est voulu scientifique. Ceux qui en avaient la responsabilité se sont appuyés systématiquement sur des études internationales, nord-américaines en majorité, en négligeant la réalité de systèmes de protection sociale et de

tradition culturelle différents, estimant sans doute que la seule voie d'avenir était l'américanisation de notre pays, dilué dans une Europe monétaire.

Des études à grande échelle dont les prémisses étaient prédéterminées par le coût financier ont conclu que tout se valait. Une telle affirmation est extrêmement démobilisatrice. Elle autorise implicitement le statu quo et le n'importe quoi. Elle aboutit à une vision appauvrie et expéditive du soin. Pourquoi se soucier de l'apport de la psychanalyse, freudienne et postfreudienne, de l'approche systémique, d'une réflexion à caractère philosophique, culturel, sociologique et politique, des connexions avec la société civile, de l'intelligence active des patients, puisque tout se vaut ? Pourquoi transformer la filière praticienne libérale et instaurer un cadre de proximité pérenne, garantie de continuité et de facilité d'accès ? Comment défendre la raison d'être et les besoins d'une équipe de soignants, valoriser un établissement polyvalent, accueillant les pathologies somatiques, dans un souci d'une prise en charge globale et non discriminative du patient, si tout se vaut ? Comment faire saisir l'intérêt majeur d'une association de patients bénévoles en lien avec les soignants, restaurant, par l'effet de cette alliance, leur image ? Le « tout se vaut » laisse le champ libre aux gestionnaires, logiquement soucieux du moindre coût financier, et aux opportunistes, en quête de créneaux rentables.

La seule concession des études comparatives a été d'affirmer que l'implication des soignants joue un rôle significatif dans les résultats, sans d'ailleurs s'attarder sur la nature des dits résultats. Mais comment faire pour que les soignants s'impliquent comme il convient ? En ces temps de démotivation générale, comment faire vivre l'implication ? L'expérience n'indique-t-elle pas que l'implication se fait au moins à deux dans une relation de soin, particulièrement en alcoologie où le désir du patient prévaut toujours ?

Une information approfondie sur les problématiques addictives, adaptée aux grandes étapes de la scolarité, prise en charge par les enseignants eux-mêmes, sous réserve de formation, n'a pas été incluse dans les programmes éducatifs, à une période où les alcoolisations adolescentes et les abus de fin de semaine se généralisent. Il est vrai qu'on ne peut demander toujours plus à

des enseignants qu'on respecte si peu. La prévention tarde à se formaliser sur des populations-cible : les enfants d'addictés, les enfants addictés, les jeunes parents souffrant d'addiction.

Finalement, chacun continue de faire ce qu'il peut comme il l'entend en alcoologie, pour le meilleur et pour le pire. Et, en fait, les gaspillages et les pertes de chance perdurent, comme si de rien n'était. Il est si aisé de mettre en avant les « comorbidités psychiatriques » pour justifier un séjour en établissement psychiatrique. Il suffit de mettre de côté la psychopathologie sous-jacente à la problématique alcoolique, si évocatrice à maints égards de nos propres difficultés à vivre ensemble. Il est alors possible de se centrer, sans état d'âme, sur la consommation, sur les comportements, non sans avoir étiqueté les patients hospitalisés, grâce aux classifications énumératives du DMS V, le catalogue des troubles et des maladies psychiatriques.

Ce constat pessimiste autorise-t-il la rédaction d'un ouvrage sans doute constructif mais si éloigné des tendances lourdes à l'œuvre dans nos sociétés ? Il faut pour cela miser sur les mouvements de balancier de l'Histoire. Dans une société en crise, nous ne pourrions indéfiniment agir comme si la Sécurité sociale était la corbeille de fruits du tableau *Bacchus*, du Caravage, livrée à nos appétits. Si nous admettons que le soin doit prendre en compte les réalités économiques aussi bien que l'histoire naturelle des addictions, l'ensemble des caractéristiques des problématiques alcooliques et addictives, tout en faisant prévaloir la force thérapeutique de la relation, on peut concevoir que l'hospitalisation brève en alcoologie, telle que nous l'avons mise en place et telle qu'elle devrait évoluer, puisse avoir de l'avenir.

Encore faut-il qu'une présentation argumentée estompe les incompréhensions et les résistances de ceux qui organisent, réalisent l'action thérapeutique, et en bénéficient. Convaincre est l'objet de cet ouvrage.

Que le lecteur ait l'indulgence de supporter les contours d'une pensée en spirale, celle de l'auteur, développée au contact de patients peu disposés à faire un usage immédiat de la froide raison ; qu'il tolère avec bienveillance ses préoccupations triviales et ses extrapolations ! S'il est alcoolique ou concerné par la problématique alcoolique, il devrait mieux savoir en refermant

le livre, ce qui sera bon pour lui. S'il est décideur, il saura qu'il dispose, sous réserve de formalisation, d'un moyen nouveau de combiner la préoccupation comptable à l'utilité sociale. S'il est soignant et, de plus, responsable d'équipe, il pourra y puiser des idées pour rendre son travail plus intéressant et plaisant, malgré la gravité d'ensemble des problématiques rencontrées. Sans doute, devrait-il s'impliquer, mais la fatigue est légère quand l'effort est récompensé !

Il arrive un moment, dans un parcours professionnel, où il est temps de tirer les conclusions de ce qui a été fait, de ce qui pourrait être fait, de ce qui reste à faire. L'usage qu'en feront les successeurs leur appartient. Par ce livre, je m'acquitte aussi d'une dette, celle contractée auprès des soignants et des administratifs qui ont fait preuve de bienveillance à mon égard et, plus encore, des patients qui m'ont fait confiance et ont su changer le cours de leur vie en se réconciliant avec eux-mêmes. J'espère que la lecture des analyses et des propositions qui vont suivre, à propos de l'hospitalisation brève, donnera aux uns et aux autres des raisons de lutter pour une alcoologie qui serve les intérêts des personnes en cause et de la société tout entière.

Il reste, à présent, à entrer plus avant dans le vif du sujet.

## QU'EST-CE QUE L'HOSPITALISATION BRÈVE EN ALCOOLOGIE (HBA) ?

L'hospitalisation brève en alcoologie telle que nous la pratiquons constitue un concept nouveau et nécessaire si la collectivité veut mieux soigner les alcooliques. Les trois lettres du sigle – HBA – marquent son positionnement comme concept méthodologique, clinique, contractuel.

### *Les modalités du soin*

Le lieu d'hospitalisation est un établissement de soin polyvalent, qui ne fait pas de distinction entre somatique et psychique, entre gens supposés normaux, car affectés d'une pathologie du corps, et personnes concernées par une problématique alcoolique. Le psychiatre alcoologue est un praticien comme les autres.

La durée du séjour porte sur un week-end et cinq jours ouvrables.

Le nombre de patients simultanément hospitalisés est réduit : quatre, cinq au maximum. La limitation du nombre correspond au souci de donner du temps de soin, comme il se dit du « temps de jeu » au rugby.

La constitution d'un groupe de patients, encore appelés « stagiaires », demande de lier l'état des motivations et celui des compatibilités psychosociales. L'HBA exige un « *coaching* » pour disposer d'une bonne équipe. S'il le faut, le stagiaire sera seul. Tant pis si manquent les interactions suscitées par un groupe restreint. Le premier critère est l'état de la motivation. Même si ce n'est jamais simple, il est, de ce point de vue, des groupes plus difficiles que les autres. La plupart ont besoin d'être émotionnellement stimulés pour faire un bon usage du séjour.

Une personne consomme de l'alcool pour ses effets psychiques, un « festif » essaie de se persuader qu'il boit encore pour se récompenser d'une journée éprouvante, un bon vivant s'est laissé piéger par une consommation excessive d'usage, un polytoxicomane est devenu alcoolique : autant de cadres relationnels distincts, justifiant la constitution d'équipes adéquates. Un jeune chez lequel la recherche d'ivresse en petit groupe est un habitus générationnel ne justifie pas une hospitalisation, même si la perte de contrôle et les préjudices sont avérés. Le dialogue à instaurer repose d'abord sur la relation de confiance duelle nouée avec le soignant.

Élément propre à l'HBA, c'est le même alcoologue qui :

- décide de l'hospitalisation avec le patient ;
- assure une présence active, tant pour les « stagiaires » que pour les réunions de groupe qu'il anime ou supervise au cours de la semaine ;
- est en charge du suivi individuel au-delà du séjour, qui constitue ainsi une étape constitutive de l'alliance thérapeutique.

Une des particularités de l'HBA est que le soin psychique mis en œuvre s'efforce de ne rien oublier en matière de savoirs. Il ne fait pas « table rase » de l'expérience des générations antérieures ni des découvertes en cours. La querelle des anciens et des modernes est vieille comme l'illusion de détenir, enfin, la

vérité ; comme s'il existait une vérité immuable. De même, l'équipe soignante et l'association d'entraide<sup>2</sup> bénéficient d'une culture commune, propre à l'établissement, qui a son histoire. Cette culture trouve sa source dans le travail d'élaboration effectué au sein des groupes de parole.

Le rôle de l'alcoologue est important au sein de ce dispositif relationnel. Il n'est pas concevable de se satisfaire d'un soignant juste « passable ». L'alcoologue a un rôle moteur au sein de l'équipe soignante, numériquement restreinte. Il est une référence pour l'association d'entraide. Il doit payer de sa personne. Son intérêt pour les patients ne doit pas faire l'ombre d'un doute. Les études ont prouvé le caractère déterminant de « l'implication », indépendamment des techniques employées. Bref, l'alcoologue doit avoir du talent ! Il doit savoir jouer.

Quelle que soit la formation d'origine, on ne naît pas alcoologue et on ne le devient pas par le seul fait d'une qualification en addictologie. On le devient en fréquentant les personnes en difficulté avec l'alcool, dans leur diversité, à tous les temps de leur parcours, sous réserve de penser constamment sa pratique, en discutant clinique avec ses collègues, en s'intéressant à autre chose qu'à l'alcoologie.

### *Une approche intégrative*

La nécessité de mettre en œuvre cette modalité de prise en charge, dans les premiers temps de la relation soignante, répond d'abord au souci d'efficacité. Le mot inquiète ceux qui croient la subir dans la mesure où sa signification a été pervertie. L'efficacité désigne un rapport équilibré entre l'efficacité et le coût. L'efficacité couvre l'objet de l'action, c'est-à-dire *tous* ceux qui souffrent de l'alcool, ceux qui boivent, les proches, enfants compris. Le coût se rapporte à *toutes* les ressources mises en œuvre – le temps, les capacités intellectuelles et matérielles... – et pas seulement à une ligne comptable. La rationalité économique doit être seconde par rapport à la réalité clinique si elle veut éviter le gaspillage d'énergie, de temps et d'argent, ainsi que les pertes de chance.

---

2. L'AREA 31 est animée par des alcooliques sobres, issus du soin.

L'HBA est le second temps possible d'une méthodologie, entre les « entretiens motivationnels » et l'accompagnement. Elle est validée « en creux » aussi bien par l'expérience que par la littérature scientifique. Il ne sert à rien d'hospitaliser un alcoolique, pour s'occuper de sa dépendance à l'alcool, s'il n'a pas envie de se soigner. Il ne sert à rien – dans la plupart des cas – de l'hospitaliser longtemps si l'intention est bien de créer les conditions d'une alliance thérapeutique durable. La « cure », *stricto sensu*, est une notion périmée. Cette affirmation signifie que le temps résidentiel doit avoir pour objectifs principaux de faire découvrir un cadre d'accompagnement et d'aider le sujet à constituer son menu thérapeutique.

L'HBA change, par sa logique et le contenu de ce qu'elle propose, la finalité des autres formes de soin. Ainsi, le soin ambulatoire (sans hospitalisation) peut-il la précéder ou y trouver une force complémentaire. C'est l'HBA qui constitue la base logistique de l'accompagnement ultérieur par les soignants, les groupes de parole, les associations de bénévoles. Le « sevrage simple » est un épiphénomène justifié par un soin somatique ponctuel. L'HBA, en dépit de la brièveté du temps mobilisé, est un soin qui se veut complexe, par la diversité des savoirs, et ouvert sur la durée par le cadre dont il permet la découverte.

Les lieux de cure traditionnels, particulièrement en secteur psychiatrique libéral, peuvent s'inspirer de l'HBA, raccourcir leurs séjours alcoolologiques et accroître leur offre d'accompagnement de proximité après le temps résidentiel. Ils le font d'ailleurs pour certaines pathologies psychiatriques.

L'HBA donne une signification renouvelée à des expressions aussi fortes que relation d'aide, alliance thérapeutique, approche intégrative. La relation d'aide est réciproque. Les soignants ont besoin des spécialistes de la période du sans-alcool<sup>3</sup> : les alcooliques sobres qui restent à leurs côtés. L'alliance thérapeutique

---

3. Nous distinguons trois temps en alcoolologie : la période de *l'alcool* ; la période du *sans-alcool*, où l'alcool demeure néanmoins un souci et un danger potentiel ; et celle du *hors-alcool*, d'abstinence indolore, qui correspond à un vrai changement dans la façon d'observer, de réfléchir et d'agir. Cf. *Clés pour sortir de l'alcool, op. cit.*

s'enrichit du souci d'organisation et dépasse les seuls besoins du patient pour s'ouvrir à l'entraide et à une forme de citoyenneté active. L'approche intégrative mélange et utilise des sources de savoirs plutôt que de les opposer ou les juxtaposer. Cette approche intégrative est notamment déclinée par le travail de groupes de psychothérapie au sein desquels les soignants occupent des fonctions différenciées. Ces groupes trouvent leur justification dans la gestion de l'après-alcool, temps indéterminé qui inclut, évidemment, les reprises d'alcool à dépasser.

### *La part du sujet*

Le soin doit tenir compte des troubles cognitifs qui se découvrent par le fait de l'alcoolisation, et qui perdurent quelquefois d'autant plus aisément qu'ils préexistaient à l'alcoolisation. L'HBA les met en évidence, une fois dissipées les valeurs de l'alcool. De leur régression dépendront les possibilités de progrès. Une abstinence de plusieurs mois est habituellement nécessaire pour les voir s'atténuer.

On ne peut négliger la structuration psychique du sujet : la relation thérapeutique n'aura pas le même devenir selon que le fonctionnement mental est celui :

- d'une organisation limite de la personnalité, devenue majoritaire dans la population, notion large qui admet elle-même des degrés ;
- d'une personnalité souffrant de troubles narcissiques importants ;
- d'une personne à la pensée opératoire, centrée sur le faire ;
- d'un sujet dont la part adaptée est suffisante pour espérer retrouver la « maîtrise de ses vies », selon une expression des Alcoolistes anonymes, une fois la dépendance à l'alcool neutralisée.

Il n'est pas davantage possible de faire abstraction de la force et des formes de la part addictive d'une personnalité, ainsi que des produits et des conduites addictives ou compulsives associées. Le transfert d'addiction ne peut être ignoré. Les conséquences somatiques sont à évaluer. Disparaître d'un cancer de la gorge ou du poumon, après quelques mois ou années d'abstinence, souffrir des années d'un emphysème

invalidant, se faire déboucher les artères les unes après les autres sont les amères victoires de l'alcool-tabagique sevré. La mansuétude des États à l'égard de l'industrie du tabac est surprenante. Ainsi, pourquoi tolérer la présence de goudrons cancérigènes et de substances accroissant la dépendance dans une cigarette ? Pourquoi pénaliser financièrement ceux qui se laissent prendre à cette dépendance ?

Un des intérêts de l'HBA est qu'elle s'adresse aussi à des personnes encore correctement socialisées. Qui peut se couper impunément plusieurs semaines d'un travail exigeant ? Dans le cadre de l'association d'entraide, ces personnes devenues sobres ont un effet d'entraînement sur d'autres qui n'ont pas les mêmes atouts.

Faire vivre de façon non préjudiciable sa part alcoolique et addictive, pour le sujet, est un défi qui s'inscrit dans le temps, tout comme la gestion des reprises d'alcool, à court, moyen ou long terme. À tout moment, le fond structurel peut passer au premier plan des préoccupations, révélant la réalité d'une « catastrophe » oubliée : effondrement narcissique, dépressif, remontée d'angoisses archaïques – vide, morcellement, anéantissement –, avec un repli quasiment autistique qui n'a même pas besoin d'alcool, parfois, pour s'éterniser. Le cadre identifié lors de l'HBA peut sauver le naufragé. Les histoires naturelles ne comportent pas obligatoirement de *happy end*.

Bref, la méthodologie a besoin d'un cadre pérenne et de lieux de soins complémentaires qui donnent du temps et d'autres possibilités de soin au patient quand la situation l'exige. La problématique exige des services d'urgence capables d'accueillir les situations aiguës. Les pathologies induites mobilisent pratiquement toutes les disciplines somatiques. Les structures psychiatriques sont précieuses pour les décompensations de comorbidités évidentes ou masquées. Il est parfois justifié d'accroître la durée de l'hospitalisation dans l'intérêt du patient. Et si une équipe a la possibilité et l'habitude de prendre plus de temps pour réaliser ses objectifs pédagogiques et d'alliance, il serait malvenu de la critiquer. Quelquefois même, une « hospitalisation-parking » s'impose, faute de mieux. L'HBA s'inscrit dans une double logique de filière et de réseau, incluant la médecine du travail, les services sociaux, judiciaires et éducatifs.

L'HBA n'est pas une arme de guerre contre les établissements psychiatriques libéraux et publics ouverts aux alcooliques. Elle se veut pragmatique, aussi intelligente que possible, de façon à redonner du plaisir et de l'efficacité au soin psyCO-alcoologique. Elle se voudrait solution contractuelle – non opposable ! –, pour aider les pouvoirs publics à gérer l'argent public au mieux de l'intérêt général. De ce point de vue, il faudrait en finir avec la vieille opposition idéologique qui pare le secteur public de toutes les vertus et le secteur libéral des appétits les plus médiocres. Ce sont les pouvoirs publics qui ont laissé se développer le secteur à honoraires libres pour se défausser d'une part des remboursements, tout en contenant les rémunérations des soignants conventionnés. De même, la position démagogique qui consiste à flatter les praticiens généralistes au détriment des spécialistes doit être dénoncée. Elle ne sert ni les uns ni les autres et encore moins les patients. Nous aurons l'occasion d'évoquer de ce point de vue le caractère artificieux et pénalisant du « parcours du soin » pour les personnes alcooliques, tout comme nous plaiderons en alcoologie pour un statut de consultant incluant, sous réserve de formation à la relation d'aide, des médecins généralistes référents. L'activité libérale doit pouvoir s'inscrire pour partie dans des budgets annuels négociés. Le soin psychique doit évoluer, statutairement, pour participer à ce mouvement.

Dans le meilleur des cas de figure, il faudra vingt ou trente ans pour constituer une filière médicale et soignante cohérente, à la hauteur des enjeux sociaux. Bien des réformes seraient nécessaires, qui supposeraient un changement de culture au bénéfice du vivre ensemble. En attendant et pour préparer le terrain, des expériences d'HBA pourraient se développer sur le territoire.