

JANVIER 2014 - NUMÉRO 51

# DÉPENDANCES



**Parole et  
addictions**

Revue éditée par  
**Addiction Suisse**  
et le **GREA**

# SOMMAIRE

## « Parole et addictions »

Éditorial <i>Marc Levivier, Corine Kibora et Jean-Félix Savary</i>	p. 1
Les addictions et le langage <i>Marc Levivier, François Perea et Ingrid Belz Ceria</i>	p. 2
Le déni : un mot pour dire <i>Ingrid Belz Ceria et Marc Levivier</i>	p. 6
Analyse comparative des thèmes abordés dans les conversations bistrotières et les entretiens d'accueil infirmiers en service hospitalier d'addictologie <i>Chloé Poupaud</i>	p. 9
Avance de la parole, de la confiance, auprès d'un patient dépendant de l'alcool <i>Gérard Ostermann, Alain Rigaud et Micheline Claudon</i>	p. 13
Les addictions : quels récits pour quelles identités ? <i>Olivier Taïeb</i>	p. 17
La relation thérapeutique dans la perspective de la thérapie narrative <i>Rodolphe Soullignac</i>	p. 21
Addiction, addictus et addictio <i>Jean-Yves Guillaumin</i>	p. 24
Le mal dans le remède ? <i>Yannis Constantinidès</i>	p. 28
P.-S.: Intégrer les proches dans l'abord des addictions aux jeux d'argent : L'expérience d'une unité spécialisée en Suisse romande <i>Olivier Simon, Neil Ewering, Maude Waelchli, Antonella Luongo, Inga Marmaité, Marianne Tille et Coralie Zumwald</i>	p. 31

# ÉDITORIAL

## Quand il s'agit de langage et d'addictions

Depuis son étymologie, l'addiction est affaire de langage, de parole, de rapport à l'autre et de dépendance. Était déclaré addictus et adjugé à son débiteur celui qui n'avait pu tenir ses engagements, celui qui n'avait pas tenu sa parole engagée. Mais surtout, nous sommes sans cesse à mobiliser les ressources du langage : représentations, entretiens, réunions, écrits de toutes sortes, théories, etc. Les usages de substances sont à la fois objets de discours mais aussi et parfois notablement, modificateurs des manières même de parler, des façons d'interagir avec autrui.

En portant l'accent sur les paroles et les interactions dans les usages d'objets d'addiction, il s'agit ici de mettre en lumière ce niveau spécifique de notre réalité quotidienne et de questionner la diversité des écoutes de la parole. Quelles sont ses particularités discursive? rhétorique? narrative? interactionnelle? D'où viennent les mots auxquels on recourt? De quelles significations sont-ils porteurs? Il s'agit d'un champ de recherche et d'action exploré depuis plusieurs années à l'occasion de journées d'études, d'interventions en colloques, de formations et de publications (articles, livres, numéros de revues) et dont la diversité des contributeurs (médecins, psychiatres, psychologues, infirmière, formateurs, philosophes, linguistiques, historiens...) manifestent avec force que la question du langage intéresse les professionnels des addictions tout comme celle des addictions intéresse les spécialistes de la langue.

Cette livraison de *dépendances*, fruit d'un joli partenariat franco-suisse, est l'occasion de synthétiser des travaux antérieurs et aussi de proposer de nouveaux objets de recherche, par renforcement de liens déjà établis, par de nouvelles rencontres, que l'occasion aura permises, des auteurs dont les questionnements sont proches. Face à l'ampleur de notre tâche, c'est dans un esprit d'ouverture transnational et interdisciplinaire que nous devons travailler, pour croiser les savoirs et augmenter nos ressources pour faire face aux défis de la pratique. Finalement, le langage n'est-il pas ce qui nous relie ?

**Marc Levivier**, IREMA  
**Corine Kibora**, Addiction Suisse  
**Jean-Félix Savary**, GREA

# LES ADDICTIONS ET LE LANGAGE

**Ingrid Belz Ceria**, Psychologue clinicienne et superviseur d'équipes, intervenante en addictologie, formatrice à l'Irema et enseignante à l'Université Paris-8 (Desu «Prises en charge des addictions»), **François Perea**, Maître de conférences Habilité à Diriger des Recherches, membre du Laboratoire Praxiling (UMR 5267 CNRS) et **Marc Levivier**, docteur en sciences de l'éducation, intervenant en addictologie, formateur à l'Irema, enseignant et coordinateur pédagogique du Desu «Prises en charge des addictions» de l'Université Paris-8.

**Dans cet article, les auteurs retracent ce qui les a amenés à interroger les sciences du langage au sujet de l'addiction. Une exploration multiforme dont les résultats commencent à porter leurs fruits. Tour d'horizon. (réd.)**

Langage et addiction sont liés de tout temps. Le mot *addiction* trouve son origine dans un mot latin de « la famille de *dicere* (communément compris comme « dire »)<sup>1</sup> et l'*addictus* n'est-il pas celui qui n'a pu tenir parole, ayant contracté une dette qu'il n'a pu honorer ? Depuis longtemps, la doxa stigmatise le discours de l'addicté : on ne peut se fier à sa parole, qu'il soit joueur<sup>2</sup> ou buveur<sup>3</sup>. Au vingtième siècle, la psychanalyse va trouver remarquable la parole de l'alcoolique, notamment son usage de la négation<sup>4</sup> qui sera interprété comme de dénégation<sup>5</sup> puis déni.

Et c'est pour chacun un truisme que le langage est la faculté éminente de toute activité humaine, que nous pensons comme nous travaillons par le langage (tous ces projets, rapports que nous rédigeons : toutes ces rencontres, réunions, entretiens, etc). Pourtant, lorsque nous nous efforçons de théoriser notre travail, nous sollicitons nombre de disciplines mais rarement les sciences du langage.

Si l'homme a pu être distingué comme animal doué de parole (Aristote), s'il vit pleinement dans une sémiosphère (D. Savan) tapissée de signes linguistiques... comment se fait-il que nous fassions si rarement référence aux sciences du langage pour comprendre la manière dont les sujets sont pris dans les rets des significations langagières et donnent sens au monde et à eux-mêmes par leurs discours ?

## COMMENT PARLER D'ALCOOL

Voici quelques années, nous avons été amenés à nous interroger sur le déroulement de formations sur le thème « comment parler d'alcool ». On sait que le malade alcoolique semble ne jamais parler de ses consommations, semblant même se refuser à en parler et on attribue généralement aux malades alcooliques « l'absence de demande d'aide » et « le déni ».

Pourtant, les premiers alcoologues avaient repéré que « qu'elle soit ou non formulée, la demande d'aide existe le plus souvent »<sup>6</sup> : il y aurait à d'abord postuler cette demande comme implicite, à en parler le premier. C'est qu'on appelle faire « l'avance de la parole »<sup>7</sup> laquelle permettra en retour une explicite demande de la part du patient.

Si cette posture reste aisée à comprendre, il en va autrement de sa mise en œuvre. Car à la difficulté pudique<sup>8</sup> de parler à notre interlocuteur de sujets intimes s'ajoute une difficulté technique : comment parler de ce dont l'autre semble refuser de parler ?

Dans ces formations, deux caractéristiques avaient été identifiées parmi les stagiaires.

1. Une tendance à positionner l'entretien comme une conversation entre pairs, et avec souvent un recours privilégié aux questions plaçant l'usager en position d'orienter l'échange. Dès lors, il n'était que rarement question de ce dont il aurait dû être question : la consommation d'alcool et la possible dépendance puisque le professionnel attendait de son interlocuteur qu'il prenne l'initiative d'en parler.

**Par ailleurs, nous ne disons jamais tout, nous ne sommes jamais absolument précis.**

1. Cf. dans le présent numéro l'article de Jean-Yves Guillaumin « Addiction, *addictus* et *addictio* ».

2. « aussi faux que les serments du joueur ! », *Hamlet*, 1603.

3. « Un ivrogne, dit saint Basile est menteur, blasphémateur... », Jean Richard, *Discours Moraux*, 1685.

4. Karl Abraham.

5. Jean Clavreul.

6. Gérard Vachonfrance, Pierre Fouquet and Rémy Malka, *Alcoologie*, Abrégés (Paris. 1971), ISSN 0768-1992 ; 1986 (Paris : Masson, 1986).

7. Cf. Cf. dans le présent numéro l'article de G. Ostermann, A. Rigaud et Micheline Claudon.

8. François Perea, *Je & Autres. Les Masques de Nos Personnes* (Paris : Harmattan, 2003).



Photo: iStockphoto

2. L'invocation systématique du « déni » chez l'utilisateur le quel une fois nommé vient stériliser les actions possibles<sup>9</sup>. Car le recours au déni place souvent face à l'alternative : soit ne rien tenter car on ne peut rien face au déni, soit viser l'aveu qui aurait une intrinsèque vertu cathartique.

Les présupposés à l'œuvre ici, c'est le modèle classique de la communication (il y aurait l'émetteur du message qui serait intégralement transmis à son destinataire qui le recevrait passivement) et la transparence de l'énoncé. Mais nous sommes rarement dans l'explicite, dans le vrai ou le faux. Le plus souvent règne dans nos échanges l'approximation (« je dirais en gros que... »), parfois même nous laissons à notre interlocuteur la charge de deviner ce que nous n'avons pas su dire (« tu vois ce que je veux dire »). C'est que tout énoncé possède sa part d'implicite et de présupposé qui s'appuie sur la participation active de son destinataire, sa coopération interprétative<sup>10</sup>, orientée en partie sur sa connaissance du monde et du contexte dans lequel se déroule l'échange. Par ailleurs, nous ne disons jamais tout, nous ne sommes jamais absolument précis. Nos discours sont à la fois incomplets et polysémiques et sont toujours à interpréter. C'est d'ailleurs cette part active laissée à la charge du destinataire qui permet souvent de nous faire comprendre quand la vergogne nous empêche de dire clairement ce que nous aurions à dire : Charles Swann invitera Odette à « faire catleya ». Et pour nommer nos alcoolisations, litotes et métaphores (souvent lexicalisées) abondent : nous dirons biberonner, lever le coude, s'en jeter un derrière la cravate, siroter.

9. Cf. dans le présent numéro l'article d'Ingrid Belz Ceria.

10. Cf. dans le présent numéro l'article d'Olivier Taïeb.

Pour mieux analyser ce qui se passait, nous avons consulté les spécialistes de la parole. Car prendre la parole ne se fait pas « comment on veut ». Pour basculer de la langue à une prise de parole, il est nécessaire de mobiliser un nombre restreint de mots qui fonctionnent à la fois comme *embrayeurs* et repères temporels, spatiaux et subjectifs. Lorsque je prends la parole, c'est MOI qui TE parle ICI et MAINTENANT. Ces embrayeurs de l'énonciation, des mots qui n'ont de sens que dans l'instant même où ils sont utilisés<sup>11</sup>: si la phrase « je te retrouverai ici-même demain matin » est limpide lorsqu'elle nous est adressée, elle n'a aucun sens si elle est lue sur une feuille trouvée par hasard.

Quoi que nous ayons à dire, lorsque nous parlons, nous nous adressons à notre interlocuteur en nous désignant comme JE, en nous adressant à lui comme TU et nous parlerons... d'un usager, d'une anecdote, d'une information, de la pluie et du beau temps... bref, ce dont nous parlerons sera l'objet de l'échange et non pas un des interlocuteurs, le discours ne lui sera pas adressé, ce IL, la troisième personne, que les anciens grammairiens arabes nommaient l'absent (absent de la scène énonciative) par opposition à Celui qui parle (JE) et celui qui écoute (TU).

Ainsi, l'analyse des situations nous amenaient d'une part à l'idée d'un « écart » dans l'usage des embrayeurs et d'autre part à celle que les interactions avaient lieu dans un cadre implicite qui induisait une partie des difficultés, ce que nous résumions par la formule : un entretien n'est pas une conversation, on participe à une conversation mais on mène un entretien. Mais il était nécessaire d'aller plus loin dans ces analyses et c'est ainsi que des addictologues s'intéressant au langage ont rencontré un linguiste étudiant les « paroles éthyliques ».

## UN LINGUISTE AU MASTROQUET

Dans le sud de la France, un linguiste fréquente à ses heures perdues un mastroquet quand une forme d'étrangeté dans les propos qu'il y entend attire son attention. Des habitués de l'établissement manifestent dans leurs paroles « quelque chose » qui diffère et qui se répète. Le client s'éclipse et le chercheur va prendre pour objet d'étude les productions langagières des « alcooliques de comptoir ». Nous n'entrons pas dans une présentation détaillée des résultats, préférant renvoyer aux publications déjà nombreuses disponibles<sup>12</sup>. Indiquons seulement quelques lignes de force.

Au niveau interactionnel, les observations ont permis de mettre en évidence : une forte tendance du buveur à monopoliser la parole, quitte, parfois, à parler en même temps que son interlocuteur, un faible recours aux régulateurs<sup>13</sup>

11. Émile Benveniste, 'L'appareil Formel de L'énonciation', in *Problèmes de linguistique générale II*, Tel (Paris : Gallimard, 1980).

12. Il est possible de les consulter sur le site : [http : www.pling.fr](http://www.pling.fr)

13. François Perea and Jean Morenon, 'L'alcoolique Au Comptoir. Etude Sur Le Comportement Verbal Spontané Des Buveurs', *Synapse*, 2002.

(tous ces « humm..., ha..., oui... » que nous émettons lorsque nous écoutons et qui signifient au locuteur que nous continuons d'être attentifs à ses paroles).

Au niveau des discours, les travaux ont révélé comment le buveur ne pouvait cesser de parler de lui-même, tout en mettant à distance les contenus, signifiants, représentations qui lui sont pénibles, voire impossibles à assumer « en son nom » en ayant recours à des sortes de *pharmaka discursifs*<sup>14</sup>. Alors, celui qui parle se désignera parfois comme « je », mais parfois comme « tu » ou « il » (pour ne reprendre que l'exemple de l'emploi des pronoms personnels), ponctuant le rapport qu'il établit entre lui-même et ce qu'il dit.

C'est le cas dans cet extrait de conversation :

« Un mec qu'est alcoolique va pas s'arrêter d'boire de l'alcool. Comme moi, si j'ai pas mes deux blancs le matin, mes deux pastis à midi, mes trois bières dans l'après-midi, j'suis pas bien. J'dépasse pas mes... une certaine dose. J'ai pas honte d'le dire. Après quand tu dépasse alors là t'es rond. Mais tant qu'j'dépasse pas ma dose j'suis pas rond, j'suis bien. »<sup>15</sup>

On notera que, selon le type d'usage de l'alcool dont le locuteur parle, il se « nomme » différemment, de telle sorte qu'il s'agit soit de « JE », et alors le prédicat est une consommation acceptable, soit le prédicat est « l'alcoolique », mais, dans ce cas, le locuteur se désigne à la troisième personne.

D'autres caractéristiques ont été relevées dans ces conversations, tel l'usage complexe des négations qui parfois ne nient pas mais au contraire disent. Car la négation du discours n'est pas identifiable à la négation logique. Elle n'oppose pas binairement le vrai et le faux, elle est multiple : la négation grammaticale (ne... pas), la négation sémantique, la négation partielle, la double négation, elle est un opérateur de la pensée et du discours qui peut, tout en présentant nombre de négations, être affirmatif.

« Y'en a pas beaucoup ? Ben mon vieux // ah tu connais bien l'quartier hein // Y'a pas beaucoup d'alcooliques qu'y dit // Ben moi / j'en ai pas vu beaucoup qu'y buvaient pas // j'en ai pas vu beaucoup qu'étaient pas alcooliques j'veux dire »<sup>16</sup>.

## LE CHEMIN PARCOURU

Cette rencontre a été fructueuse, pour la recherche, pour la formation, pour l'action auprès des usagers.

Elle a permis un enrichissement des contenus de formations. On sensibilisera par exemple les stagiaires à tous ces moments où, dans le même temps qu'il semble s'éclipser

formellement de son discours, le sujet parlant énonce quelque chose d'important pour lui. Parfois, cela suffira, « la chose aura été dite », chacun aura compris, tandis que dans d'autres situations, il pourra s'agir d'accompagner l'usager jusqu'à une énonciation pleine, « subjective ». Ainsi, le travail de Chloé Poupaud<sup>17</sup> montre comment un patient, tentant avec tristesse de rester abstinente, ne parvient à en parler à son infirmière que pas à pas, en posant d'abord une information « on se sent malheureux, c'est une abstinence malheureuse », puis des énoncés subjectivés, autrement dit, embrayés : « je me réveille fatigué alors heu j'en parle avec mes amis... » pour enfin pouvoir s'énoncer pleinement : « je suis crevé, j'ai une abstinence malheureuse »<sup>18</sup>.

Par ailleurs, la question du contexte de l'échange est davantage prise en compte. Car, bien que nous n'y prêtions pas attention, le contexte ou la situation permettent de faire l'économie de certaines explicitations, orientent les échanges possibles et leurs formes acceptées. Lorsque nous allons à un bureau électoral un jour de vote, on ne nous demande pas ce que nous venons y faire ici. Notre boulangère ne nous interroge pas sur notre statut de consommateur de pain ou de viennoiseries. Nous échangeons le plus souvent dans des contextes qui nous sont habituels, dont nous avons appris les règles d'interaction, ce qui fait que nous négligeons tout ce qu'elles permettent d'inférer, de déduire, d'impliciter. Pour en prendre la mesure, songeons à nos hésitations, difficultés à prendre la parole dans un contexte nouveau.

Elle donne lieu à de nouvelles recherches présentées lors de journées d'études et des publications consacrées à cette exploration des multiples rapports qu'entretiennent addiction et langage, auxquelles participent des universitaires mais aussi des professionnels de l'addictologie. D'études visant une meilleure connaissance et descriptions des interactions dans des contextes de soins, d'accompagnement, des groupes de paroles et des équipes en analyse de pratiques, à une interrogation sur l'histoire même des termes qui donnent et ordonnent notre champ et nos savoirs, en premier lieu le mot *addiction*, en passant par des analyses des conditions et modalités d'énonciation, sur les thèmes préférentiels des usagers d'objets d'addiction. Il s'agit d'avancer sur une ligne de crête qui mobilise de nombreuses disciplines et professions qui sont parties prenantes : infirmiers, éducateurs, médecins, psychologues, psychanalystes, latinistes, philosophes, formateurs, linguistiques, addictologues, etc.

### Courriels :

francois.perea@gmail.com  
m.levivier@irema.net  
i.ceria@irema.net

14. Cf. dans le présent numéro l'article de Yannick Constantinidès et aussi « Ecouter parler, entendre dire », dans *Le sociographe*.

15. P. François, 'Paroles Éthylques Du Discours Au Sujet', 2000 <<http://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00458288/>> [accessed 6 September 2012].

16. François

17. Cf. dans le présent numéro l'article de Chloé Poupaud

18. Chloé Poupaud, 'Alcoolologie et Entretiens D'accueil Infirmiers : Émergence de La Parole' (Paris-8).

**Références :**

Benveniste, Émile, 'L'appareil Formel de L'énonciation', in *Problèmes de linguistique générale II*, Tel (Paris : Gallimard, 1980)

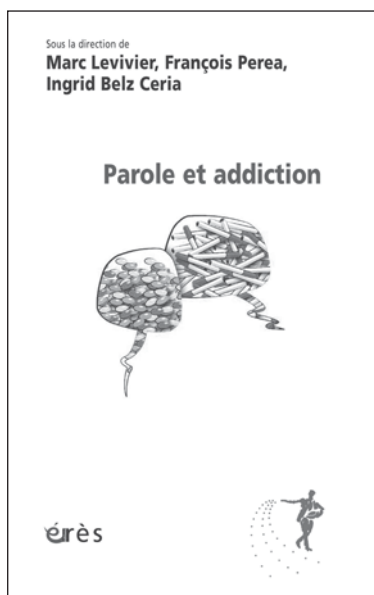
François, P., 'Paroles Éthyliques Du Discours Au Sujet', 2000 <<http://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00458288/>> [accessed 6 September 2012]

Perea, François, *Je & Autres. Les Masques de Nos Personnes* (Paris : Harmattan, 2003)

Perea, François, and Jean Morenon, 'L'alcoolique Au Comptoir. Etude Sur Le Comportement Verbal Spontané Des Buveurs', *Synapse*, 2002

Poupaud, Chloé, 'Alcoologie et Entretiens D'accueil Infirmiers : Émergence de La Parole' (Paris-8)

Vachonfrance, Gérard, Pierre Fouquet, and Rémy Malka, *Alcoologie*, Abrégés (Paris. 1971), ISSN 0768-1992 ; 1986 (Paris : Masson, 1986)



## Parole et addiction

Ouvrage écrit par dix contributeurs sollicitant philosophie, histoire, sciences du langage, psychologie, psychanalyse, sciences de l'éducation..., *Parole et addiction*, propose d'aborder les addictions par des travaux portant leurs manifestations langagières : discours médicaux, sociaux, politiques, médiatiques, autant que paroles des usagers, lorsqu'ils consomment, lorsqu'ils font des démarches de soins; paroles des professionnels, lorsqu'ils sont en relation avec des usagers ou qu'ils travaillent en réunion.

Il s'ouvre par « Ad-dicere », un premier chapitre posant la problématique générale et le projet de ce groupe, pour s'organiser ensuite en deux parties.

La première « Contextes cliniques : paroles de patients, paroles d'accompagnants » contient cinq études qui prennent comme matériau les paroles prononcées dans les institutions spécialisées : les paroles des usagers en tant que patients, clients, etc. et aussi les paroles des professionnels. On remarquera notamment un questionnement novateur de l'usage du « déni » chez les usagers dépendants de l'alcool.

La seconde, intitulée « Régimes discursifs et subjectivité : de la conversation de comptoir à la proposition philosophique » comporte quatre études : deux philosophes analysent les relations entre discours et subjectivité (et particulièrement les discours publicitaires qui sont repérés comme « énoncés fusionnels »), un linguiste rend compte de son travail des interactions et des conversation bistrotières et enfin une minutieuse histoire de l'introduction du terme d'addiction.

Si la plupart des auteurs avait précédemment travaillé isolément, le regroupement que propose *Parole et addiction* donne cohérence et consistance à un angle d'abord des addictions qui en devient évident. Il se lira aisément comme complément au présent numéro de *Dépendances*.

*Parole et addiction*, éditions Erès, 2013, 176 pages, 23€. Dirigé par Marc Levivier, François Perea & Ingrid Belz Ceria et avec les contributions de Marília Amorim, Olivier Brunschwig, Jean-Louis Chassaing, Dany-Robert Dufour, Jean Dugarin, Pascale Moins et Patrice Nominé.

# LE DÉNI : UN MOT POUR DIRE

**Ingrid Belz Ceria**, Psychologue clinicienne et superviseur d'équipes, intervenante en addictologie, formatrice à l'Irema et enseignante à l'Université Paris-8 (Desu «Prises en charge des addictions») et **Marc Levivier**, docteur en sciences de l'éducation, intervenant en addictologie, formateur à l'Irema, enseignant et coordinateur pédagogique du Desu «Prises en charge des addictions» de l'Université Paris-8.

**Ce travail propose une analyse de la fonction du mot « déni » lorsqu'il est employé par les professionnels à propos de personnes consommant de l'alcool d'une façon problématique. Le déni dont on traite ici a une autre fonction que celle d'un mécanisme de défense intrapsychique. En comprendre les mécanismes permet de mieux appréhender ce qui se joue dans l'interaction professionnel-patient. (réd.)**

## Le questionnaire :

Monsieur, lors de votre parcours d'alcoolique, quel événement vous a fait sortir du déni ?

## L'ancien buveur :

Le déni, je ne connaissais pas ce mot à l'époque, je ne savais pas ce que c'est.

**C**'est très frappant dans notre travail d'entendre les professionnels parler *sur ce que les patients ne disent pas* et que d'une façon récurrente *ils nomment déni*. Souvent les échanges sont chargés affectivement lorsque ces professionnels s'expriment sur la façon dont ils vivent les entretiens qu'ils mènent avec des personnes qui ont une problématique liée à l'alcool. C'est qu'il leur est généralement difficile d'aborder ce dont ils voudraient parler avec ces patients ou usagers : leurs consommations d'alcool... Pour eux, « Il y a un mal-être, les gens ne parlent pas... ».

L'échec, l'impuissance et le sentiment de déroute viennent « se dire » massivement dans leurs discours et systématiquement, ils en viennent à parler du déni de l'autre.

Nous allons présenter ici l'état de notre analyse de ce qu'on appelle le « déni » de l'alcoolique »<sup>1</sup>, qui s'appuie sur notre travail avec des groupes de professionnels du champ médico-socio-éducatif. Il peut s'agir de séances de supervision, d'analyses des pratiques, il s'agit aussi de groupes rencontrés à l'occasion de formations.

## « L'ALCOOLIQUE DANS LE DÉNI » : UN TRUISME ALCOOLOGIQUE

D'une certaine manière, nous sommes déjà habitués au déni du malade alcoolique. Nous l'avons tous appris. Les ouvrages spécialisés nous le décrivent et nous en expliquent tant le fonctionnement que la fonction. Ainsi, par exemple, peut-on lire dans le *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances* que « ... la contestation du fait même de l'addiction est de fréquente observation clinique. Ce comportement est parfois stigmatisé par l'entourage, qui l'assimile volontiers et abusivement à une conduite de dissimulation ou de tromperie. En réalité, le déni doit être compris comme un mode de défense du sujet dépendant »<sup>2</sup>.

En effet, c'est par « déni » que l'on traduit traditionnellement le terme allemand Verleugnung, un des mécanismes de défense, mécanisme intrapsychique, conceptualisé par Freud

comme un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme »<sup>3</sup>. Et l'on comprend bien en quoi le recours au déni semble opérant en alcoologie. Dans le même temps, celui qui « boit » reconnaîtrait son addiction et la refuserait afin de se préserver de la

pleine perception d'une réalité traumatisante, ou difficile à assumer, due aux consommations répétées et excessives et à leurs conséquences délétères.

***Nous dirons que le déni lié à la problématique alcoolique est un nom emprunté pour nommer ce qui est difficile ou impossible à dire.***

1. Alcoolique est un terme souvent péjoratif. Nous l'employons ici car il s'agit pour nous d'utiliser les termes que nous entendons. A tout le moins, son usage permet d'éviter restrictions (car ce que nous travaillons ici ne concerne pas que les usagers alcoolodépendants) et circonlocutions.

2. Denis Richard & Jean-Louis Senon, *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, 1999.

3. Laplanche et Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, p 115



Photo: SXC.hr

Dans tous les cas, nous avons bien appris que le déni relève de la protection du sujet et qu'il convient de le respecter. D'où les phrases que l'on peut entendre à propos de l'impossibilité de traiter un « alcoolique qui est dans le déni », la nécessité de « lever leur déni », ou de « surmonter leur déni » et plus récemment de « transpercer leur déni ».

Or si nous prenons le temps de nous arrêter aux phrases prononcées, de mettre en suspens tout ce que nous avons appris, et d'écouter comme si c'était la première fois que nous entendions parler de ce déni, alors nous pourrions nous poser les questions suivantes : comment s'adresse-t-on à quelqu'un ? Quels sont les effets de la parole du patient chez le professionnel ? Chez le patient lui-même ? Ces paroles « de déni », qui les prononce ? A quel titre et à quel moment de leur récit ? Alors, une sorte de tension, de décalage se fait sentir entre la définition théorique, le déni en psychanalyse et ce dont tente de rendre compte celui qui fait recours au mot.

### « L'HOMME NE PARLE QUE DANS LA MESURE OÙ IL CORRESPOND À LA PAROLE »<sup>4</sup>

Voici un court extrait d'une situation sur laquelle nous avons travaillé en groupe. Une femme, une infirmière, prend la parole et nous déclare : « Je me sens impuissante face au déni ». Remarquons, car nous aurons à y revenir, que dans cette si courte phrase se trouvent liés *l'impuissance* et *le déni*. Mais poursuivons. Cette femme souhaite nous parler de Monsieur Jacques, un homme qui est venu, à nouveau, dans son service, pour se sevrer une énième fois.

4. M. Heidegger, *Acheminement vers la parole*, ed. Gallimard, 1976, p.37.

Écoutons-la.

« Lui, on le connaît, mais il nie qu'il boit. Le matin, je passe en visite, il était dans son lit et je lui demande : « ça va » ? Et il me répond avec un petit sourire « ça va ». Alors je me suis dit : « Mon œil ! ».

« Mon œil ! », expression autant verbale que gestuelle, connote ici que Monsieur Jacques a menti dans sa réponse, de n'avoir pas énoncé *ce que l'on sait déjà* de lui.

Nous pourrions remarquer que le plus souvent, à la question « ça va ? », nous répondons un laconique « ça va ». Et que, même, la plupart du temps, celui qui pose la question n'en attend pas davantage.

Nous pourrions nous demander ce que Monsieur Jacques aurait pu bien répondre d'autre, tandis que, alité et en pyjama, il était interpellé par une infirmière debout et en blouse ? Dans une position asymétrique. La relation se réduit alors à l'injonction à dire : le dire d'un sujet parlant en capacité d'une parole qui lui serait propre.

Quelles étaient donc l'intention et l'attente de cette infirmière en posant la question « Ça va ? ». Vraisemblablement bien davantage que ce que ces deux syllabes ne veulent généralement dire. Elle espérait que Monsieur Jacques se saisisse de ce « ça va ? » pour se confier, et ainsi conforter « l'institution générale du langage, dont la pratique usuelle englobe une clause tacite de sincérité... : *je veux bien croire que vous signifiez ce que vous dites* »<sup>5</sup>. Et cette infirmière en est venue à désigner le patient comme étant « dans le déni » après avoir éprouvé un écart par rapport à ce qu'elle attendait comme réponse.

### « SUR CE DONT ON NE PEUT PAS PARLER IL FAUT SE TAIRE »<sup>6</sup> : L'INSTITUTIONNALISATION DU DÉNI

Dans ce récit comme tant d'autres, « le déni » vient se dire par la solitude du professionnel et de son témoignage de l'avoir vécu comme une impasse relationnelle. Impasse qui va aboutir à un silence, parce quelque chose va finir par se taire dans un étrange mais fréquent vécu d'impuissance. Et cette impuissance qui circule, d'où vient-elle ? C'est la énième fois que le patient revient, les professionnels « n'en peuvent plus », ils sont déçus. Mais de quoi sont-ils déçus ? C'est leur travail lui-même qui est vu comme impuissant, ou du moins, leur représentation de ce qu'est leur travail.

« On est impuissant... on est spectateur de leur consommation... » dira l'un, « Je suis témoin de sa dégradation... c'est très dur... » complétera un autre.

5. Paul Ricoeur, *Parcours de la reconnaissance*, Stock, 2004, p. 210

6. dans le *Tractatus-logico-philosophicus*, Wittgenstein traitera du silence sublime, il se réfère au mystique : « Sur de dont on ne peut pas parler, il faut garder le silence », p. 112. Nous le paraphrasons pour parler du silence néfaste, le silence qui s'impose à la parole qu'aurait pu advenir.



La répétition du sentiment d'impuissance, de ce qui est vécu comme échecs répétés fait souffrir car « on voit que la personne est complètement dégradée et on y peut rien » alors que, s'efforçant de travailler au mieux, on constate : « on a tout fait... on a pas vu venir... on est dans l'échec ! ».

La conséquence de la répétition de ces situations peut se traduire par une fragilisation de l'identité professionnelle, du sens donné à leur travail. Ainsi l'un d'eux s'interroge : « Quelle est mon utilité, ma fonction, si je n'arrive pas à parler sur la consommation de l'autre ? ». Et il poursuit en disant : « Moi, je leur donne du temps, je discute de tout autre chose parce que c'est la personne qui a voulu venir me voir, en espérant que... ». Et suite à un grand silence : « qu'il avoue ». Il y a une tension, d'une attente qui se fait impérative, sans dire. L'attente d'un dire dans le sens d'admettre, qui impliquerait de « mettre fin à une hésitation touchant la vérité, mais aussi en faire mention »<sup>7</sup>.

Que faire dans la relation quand l'autre, le professionnel ici en question, aboutit aux formes de rigidité, avec l'arbitraire de l'aveu ? On la réduit au déni quand cette parole ne vient pas ? L'emprisonnement dans un protocole et dans une écoute normative renferme l'autre dans l'obligation de parole. Une parole qui doit presque venir comme préalable à tout traitement. C'est l'aveu comme une parole donnant l'accès à la vraie parole à pouvoirs soignants.

Nous considérons ici le déni comme une construction réciproque, également comme une construction collective et institutionnelle. Très souvent, les « patients » viennent déposer leur impuissance par de longs silences, peu de paroles, par l'impossibilité de se raconter. Un malaise s'installe : d'une part parler de soi n'est pas naturel et d'autre part ne rien entendre n'est pas naturel non plus.

Très souvent les « professionnels » viennent déposer aussi leur impuissance par l'incapacité de nommer l'alcool de l'autre ou de dire pourquoi ils sont dans l'incapacité d'en parler. Un effet miroir, de projection ou un mouvement de transfert peut prendre place en se traduisant dans une relation duelle et par un discours institutionnel : *tu ne peux rien pour moi puisque pour moi il n'y a plus rien. Je ne peux rien pour toi non plus puisque tu ne me signifies rien.*

Dès lors, ces professionnels font ce que nous faisons tous lorsque nous sommes sans moyens : ils tentent de se récupérer, parfois en se mettant au-dessus de ce qui a causé la déroute. C'est à ce moment-là que le « déni » arrive comme explication, comme une bouée de sauvetage. Cela vient récupérer le professionnel et préserver l'institution.

C'est le déni comme recours pour parler de ce que l'autre ne dit pas, pour parler de cette parole manquante, parole fragile qui semble... pesante ? Désolante ? Vide ?... Le déni pour rendre compte du malaise dans la relation qui devient stérile, que vient nommer le langage qui est attaqué, le silence qui s'installe et qui n'est pas écouté de part et d'autre.

Nous questionnons donc le contenu, le sens du mot « déni » lorsque les professionnels y recourent car il s'agit d'autre chose. Certes que nous avons à faire aux phénomènes qui concernent le fonctionnement intrapsychique des sujets que nous accompagnons. Mais, bien souvent, ce qui est désigné comme tel relève au moins aussi de ce qui se joue dans l'interaction entre « celui qui boit » et le professionnel.

Nous dirons que le déni lié à la problématique alcoolique est un nom emprunté pour nommer ce qui est difficile ou impossible à dire.

Il a comme fonction de nommer d'abord l'innommable, l'irreprésentable pour celui qui est face à l'autre qui se laisse voir boire. Ce n'est pas un concept, cela ne relève pas systématiquement de la psychopathologie. C'est aussi cela : un mot, un mot pour « dire ».

#### **Courriels :**

m.levivier@irema.net

i.ceria@irema.net

#### **Bibliographie :**

L. Wittgenstein, *Tractatus-logico-philosophicus*, éd. Gallimard, 1993, p.112.

P. Ricoeur, *Parcours de la reconnaissance*, éd. Stock, 2004.

R. Chemama, B. Vanderersch, *Dictionnaire de la psychanalyse*, éd. Larousse, 2009.

Denis Richard & Jean-Louis Senon, *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, 1999.

J. Laplanche, J.B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, éd. Puf, 2012, p.115.

F. Urribarri, *Dialoguer avec André Green - La psychanalyse contemporaine, chemin faisant*, éd. d'Ithaque, 2013.

M. Heidegger, *L'acheminement vers la parole*, éd. Gallimard, 1976, p.37.

7. Paul Ricoeur, *Parcours de la reconnaissance*, Stock, 2004 p. 23

# ANALYSE COMPARATIVE DES THÈMES ABORDÉS DANS LES CONVERSATIONS BISTROTIÈRES ET LES ENTRETIENS D'ACCUEIL INFIRMIERS EN SERVICE HOSPITALIER D'ADDICTOLOGIE

*Chloé Poupaud, infirmière, Hôpital Fernand Widal, Paris*

Ce travail a pour objet l'étude des particularités de langage des patients alcoolodépendants hospitalisés pour un sevrage au sein d'un service de médecine addictologique, et d'observer ce qui émerge de l'échange verbal entre l'infirmière et le patient pendant l'entretien d'accueil. La recherche s'appuie sur des entretiens d'accueil enregistrés. Parmi les différents axes que cette recherche a fait ressortir, il a été possible de repérer des spécificités discursives en situation de soins (thématiques de l'alcool, des persécutions, du corps qui souffre), et de les mettre en lien avec les thématiques repérées par François Perea dans sa thèse (dont le lieu de recherche se situait dans les bistrots.)

## PRÉSENTATION

### Le service de médecine addictologique

Le service de médecine addictologique du GH Saint-Louis-Lariboisière-Fernand Widal est composé de deux unités d'hospitalisation : l'une prend en charge des patients présentant des complications somatiques et assure l'aval addictologique des urgences (Fiessinger), l'autre accueille principalement des patients dont l'hospitalisation a été programmée, et qui sont a priori stables sur le plan somatique et psychiatrique (Féréol).

### Le travail infirmier

Le travail infirmier dans ces deux unités oscille entre soins techniques et relationnels et l'animation d'activités thérapeutiques. Dans cet ensemble, l'entretien d'accueil constitue un moment important durant lequel nous réalisons le recueil de données (informations médicales et administratives), notées dans le dossier de soins du patient, ainsi que le bilan sanguin et la prise des constantes (tension artérielle, fréquence cardiaque, poids, douleur).

Cet entretien constitue souvent le moment de la première rencontre entre le soignant et le patient. Le soignant accueille physiquement le patient, adapte ses actions et sa prise en charge en fonction de l'état du patient à son arrivée (alcoolisé, anxieux par exemple) : il doit à la fois recueillir certaines informations médicales indispensables à la bonne prise en charge du patient, et accueillir la parole du patient, à qui l'on demande d'expliquer sa démarche.

L'outil utilisé pour recueillir ces informations est le dossier de soins infirmiers. C'est un outil de travail standardisé, sensiblement le même dans tous les services hospitaliers. Les items fournis par le dossier de soins ont un caractère obligatoire, les informations doivent être recueillies et notées. Mais malgré le caractère indispensable de ces informations médicales et administratives, le dossier standardisé ne peut répondre aux spécificités de chaque spécialité médicale.

Ce moment d'accueil permet également de s'entretenir avec le patient sur les raisons qui l'amènent à l'hôpital, sur sa relation et son histoire avec le(s) produit(s) dont il projette de se sevrer.

Cela donne lieu à un échange verbal entre le soignant et le patient, qui diffère ainsi de la partie visant au recueil de données. Il s'agit d'un échange orienté vers le patient, à qui l'on demande de se raconter de façon probablement plus personnelle, ou subjective.

J'ai été, dans le cadre de mes fonctions, à la recherche et réceptrice de la parole des patients, pendant des moments formels (entretiens d'accueil, activités thérapeutiques), mais aussi dans nombre de moments informels (situation de crise, d'an-

goisse, au cours de ré-alcoolisations). Au fil de ma pratique, j'ai acquis le sentiment que cet entretien d'accueil était un moment déterminant dans l'hospitalisation d'un patient. En effet, j'ai souvent eu le sentiment que je connaissais mieux les patients pour lesquels j'avais fait l'entretien d'accueil, avec l'impression d'avoir partagé avec eux un moment crucial, comme première étape qui permet le déroulement de l'hospitalisation. Pendant l'entretien, l'on s'imprègne

***Si l'on s'en tient à considérer l'entretien d'accueil comme une simple formalité administrative (...) alors on risque de passer à côté d'éléments indispensables, qu'à ce moment-là nous sommes seuls à pouvoir saisir.***

des émotions et des messages que le patient transmet à sa manière, de tout ce qu'il donne à voir ou à entendre. Ce sont des données parfois impossibles à retranscrire sur le dossier de soins, tant cela repose sur des impressions, des ressentis, toujours si difficiles à traduire en mots.

Ce questionnement a été approfondi au cours de l'année 2012-2013, durant laquelle j'ai suivi une formation universitaire en addictologie qui comprenait une partie recherche<sup>1</sup>.

J'ai ainsi été conduite à m'interroger sur l'émergence de la parole des patients alcoolodépendants dans un tel cadre institutionnel tel que l'hôpital, sur les contraintes liées à la fois au lieu dans lequel on évolue, et à celles propres au patient qui vont interférer dans la relation soignant-soigné. Quelle attention portons-nous, infirmier(e)s, à cette parole, dans un lieu qui est destiné à accueillir des personnes dépendantes ? Tenons-nous compte des contraintes du patient, induites par sa consommation d'alcool ?

J'ai choisi d'axer mon travail de recherche sur les entretiens d'accueil infirmiers et sur la façon dont nous, soignants, faisons émerger la parole du patient alcoolodépendant dans un univers qui ne se prête pas toujours à son écoulement, tant sont nombreuses les obligations autres à remplir et les barrières potentielles qui peuvent se dresser. L'utilisation du verbe « émerger » m'a semblé pertinente une fois relue sa définition : « sortir d'un milieu où l'on est plongé de manière à apparaître à la surface<sup>2</sup> ». Pour moi, le monde de l'alcoolique peut être imaginé comme un monde en profondeur dans lequel il s'enfonce de plus en plus à mesure que s'accroît sa dépendance, un monde liquide dans lequel le sujet peut se noyer ou pourra replonger après un temps d'arrêt. Il ne vit plus tout à fait dans le même monde que les autres, son rapport au temps n'est pas le même, ses priorités sont différentes, son regard sur l'extérieur, sur lui-même, mais également sa façon de s'exprimer sont modifiés par la consommation chronique d'alcool.

Pour être en mesure d'analyser la parole du patient alcoolodépendant, j'ai enregistré une série d'entretiens d'accueil que j'ai moi-même menés. J'ai ensuite retranscrit intégralement ces entretiens, les ai plusieurs fois réécoutés et relus puis les ai analysés.

## LES THÈMES DISTINGUÉS DANS LES CONVERSATIONS BISTROTIÈRES

À partir de différents articles et travaux de recherche portant sur la parole de l'alcoolique (au sein de lieux de soins, ou dans les bars), il est possible de relever des notions importantes à la croisée de la clinique alcoolologique et de la linguistique. Pour François Perea et Jean Morenon<sup>3</sup>, le sujet dépendant est contraint par sa pathologie à avoir une perception du temps modifiée (dite « circulaire ») et fonctionne, dans ces actions de consommer en termes de « répétitions ». La nécessité toujours répétée de se procurer de l'alcool conduit le sujet à « un retour à l'identique du besoin et des conduites d'approvisionnement ». Tout cela entraîne des répercussions dans la manière de s'exprimer des sujets alcooliques. Mais ce qui retient mon attention ici est le contenu de la parole du sujet alcoolique. Ainsi, François Perea, dans sa thèse<sup>4</sup>, a pu repérer quatre grands thèmes abordés par les personnes enregistrées : l'alcool, les femmes, le corps et les persécutions.

### L'alcool

Dans le travail de Perea, on retrouve la valorisation de l'alcool festif, convivial, contrairement à l'alcool devenu problème qui n'est que peu abordé, et pas clairement énoncé. « *D'ores et déjà nous pouvons l'annoncer : le thème alcool est un thème privilégié et « on en parle » mais de différentes manières qui justifient le « on » qui permet d'éviter le sujet. L'alcoolique s'investit dans l'alcool, c'est un truisme, et son discours subit sur ce thème un double mouvement paradoxal, ambivalent, aux valeurs contradictoires, de la valorisation discursive d'un certain alcool à l'occultation discursive d'un autre<sup>5</sup>.* »

### Le corps

Il apparaît dans toute sa souffrance, dans l'expression des douleurs. « *Premier corps et corps majeur dans l'axiologie éthylique : le « corps souffrant » : celui-là même qui s'impose dès la première écoute de l'alcoolique discourant sur sa chair. Ce corps-ci c'est celui des souffrances, des douleurs, le corps qui porte des traces. Le moins que l'on puisse dire, c'est que l'alcoolique aime autant présenter fièrement les stigmates de son corps que raconter les souffrances qu'il endure<sup>6</sup>.* »

### Les femmes

Elles apparaissent sous trois formes différentes : la femme-mère « *dépeinte aux couleurs de la bienveillance et de la protection* ». Il y a ensuite la femme-décadente, « *celle contre laquelle il faut se défendre* ». Enfin, il y a la femme-copine, déssexualisée.

1 D.E.S.U Prise en charge des addictions (Université Paris 8)

2. Le Nouveau Petit Robert

3. Perea, F., Morenon, J., (2003). *Alcoolisme et langage : hypothèse sur la tardive et difficile acceptation d'une cure*. Nervure. Tome XVI. (4). 26- 32.

4. Perea, F., (2000). *Paroles éthyliques, du discours au sujet*. Thèse de Doctorat en linguistique. Université de Montpellier.

5. *Ibid.* Page 89

6. *Ibid.* Page 106.

### Les persécutions

Ce thème apparaît très clairement dans le travail de Perea qui écrit à ce sujet : « *en résumé, on peut dire qu'il y a chez l'alcoolique une souffrance consécutive à une persécution, une souffrance qui elle-même est persécutrice et ce, qu'elle provienne des autres, de la fatalité ou de l'alcoolique lui-même (de son corps). On notera également que, bien qu'il aime s'en plaindre, l'alcoolique semble souhaiter cette persécution (à un certain degré et sûrement sans en avoir conscience) et se retrouve de fait, en position de persécuté (qu'il subisse directement ou prenne la persécution d'un tiers à son compte), jamais de persécuteur<sup>7</sup>* ».

## RÉSULTATS DE LA RECHERCHE À L'HÔPITAL

La première constatation est que les entretiens sont globalement riches dans le contenu, même si certaines séquences apportent parfois peu d'éléments. Les tours de paroles sont nombreux, les silences existent mais ne prennent pas le dessus sur le discours. L'impression générale est qu'il faut aller chercher les informations, les patients sont en position d'attente, certaines questions peuvent par ailleurs déclencher un flot de parole chez certains patients. Dans aucun des entretiens nous n'avons été confrontés aux phénomènes de « déni » ou de « négation pour dire », ce qui ne veut pas dire que ces phénomènes sont absents à l'hôpital. Le peu d'entretiens enregistrés ne permet pas d'avoir un panel suffisamment large pour tirer des conclusions plus générales. Concernant les thèmes repérés par Perea, trois d'entre eux (l'alcool, le corps, les persécutions) ressortent de manière significative.

### L'alcool

A l'hôpital, c'est l'alcool problème qui est verbalisé et non plus occulté comme il peut l'être dans le discours des alcooliques des bistrot. L'hospitalisation et l'échange avec un soignant en addictologie semble pouvoir permettre l'expression de ce qu'il est difficile de verbaliser à l'extérieur. La tonalité de l'entretien et les questions posées à ce sujet par le soignant semblent aussi orienter le patient et favoriser l'énonciation du problème alcool.

**Entretien n°4 :** (211) « *nan c'est quand j'bois quatre bouteilles par jour, ouai là j'ai l'impression que j'vais claquer.* »

**Entretien n°2 :** (229) « *j'en ai assez de cet alcool moi* »

**Entretien n°5 :** (110) « *oui, là j'supportais plus les états d'manque heu, nan puis c'est pas ça, c'est qu'j'arrive plus à rien boire le matin, je supporte heu, comme tout me fait vomir, la seule chose qui m'fait pas vomir c'est l'vin.* »

Néanmoins, les alcoolisations vécues comme positives, dans un cadre surtout festif et convivial ne sont pas absentes du discours mais apparaissent surtout lorsque l'on parle du passé, et appartiennent donc à un temps révolu qui est souvent exprimé avec nostalgie.

**Entretien n°4 :** (89) « *moi j'travaillais beaucoup mieux quand... quand j'buvais, j'avais plus de force, j'avais plus d'envies.* »

**Entretien n°5 :** (208) « *moi j'ai fait toutes mes études en buvant du kir à gogo toute la journée, du whisky orange toute la journée mais c'était plus pour m'marrer, 'fin.* »

Par ailleurs, la différence principale entre les patients vient du vocabulaire employé pour parler d'alcool qui va de l'inhibition langagière :

**Entretien n°1 :** (116) « *pour moi ça a été un problème de heu comment dirais-je, d'être en situation d'addictologie.* »

à un vocabulaire très imagé :

**Entretien n°4 :** (71) « *ben j'suis d'vant ma console avec ma bouteille de pinard* », ou,

**Entretien n°5 :** (112) « *y'a qu'le vin qui m'réchauffe* ».

### Le corps

Les éléments que j'ai pu recueillir à ce sujet rejoignent les observations de Perea : c'est le corps-souffrant qui est omniprésent. Le cadre hospitalier des entretiens explique en partie l'importance de l'expression des souffrances corporelles : le lieu est propice à l'expression des maux physiques et notamment des douleurs dont la présence ou non est une donnée à recueillir et à inscrire obligatoirement sur le dossier de soins. Cet extrait, tiré de l'entretien n°5 illustre parfaitement nos observations :

(184) « *ouai : plus le fait que j'avais un énorme problème de santé, qui est qu'j'ai des cervicales qui sont très abîmées, et également des lombaires très abîmées, et qu'régulièrement j'me coince soit l'nerf sciatique soit l'nerf du bras, et qu'à plusieurs reprises j'ai perdu l'usage de ma main ou je n'pouvais plus marcher, et c'est horriblement douloureux, j'ai quand même fait quelques séjours en rhumatologie heu, à la Salpêtrière, avec une mentonnière comme ça, avec heu, et alors maintenant mon problème c'est que j'm'éclate la figure tout l'temps.* »

### Les femmes

C'est un thème qui est très peu présent dans mon travail. Il apparaît chez deux des patients (un homme et une femme) pour parler de leur propre mère (réelle) et non comme la femme-mère repérée par Perea qui peut être une soignante, quelqu'un de prévenant, associée à l'image maternelle.

7. *Ibid.* Page 110.

Dans le cas de l'homme, la femme apparaît aussi pour parler de la compagne rêvée, fantasmée avec qui il fonderait une famille, sans que cette femme n'existe réellement au moment de l'entretien.

### Les persécutions

Cette thématique apparaît clairement dans 3 entretiens (sur 5 au total). Les trois patients concernés semblaient vivre les événements présents de façon très négative et douloureuse, et leur consommation d'alcool était significativement plus importante que celle des deux autres, ce qui m'a amenée à me demander si le ressenti et l'expression des persécutions était lié à un état de dépendance vis-à-vis de l'alcool, ou encore si l'imprégnation alcoolique avait une influence sur ce vécu ressenti comme persécuteur.

**Entretien n°2 :** (24) «... *tout le monde a fait une petite salade, résultat c'était moi la coupable parce que je suis l'alcoolique, c'est ma faute si ma mère elle se fait du souci, c'est ma faute si ma soeur a des problèmes cardiaques, et heu finalement moi qu'est ce que j'ai fait, j'ai repris un verre sans faire attention, et je suis retombée dans le piège.*»

**Entretien n°4 :** (57) « *j'ai r'chuté pasque ça m'plaisait pas l'boulot, ça m'plaisait pas, mes collègues qui voulaient m'apprendre le boulot à moi, même si heu, j'étais apprentis avant, j'suis passé par tout, l'électrique, la pneumatique, tout, tout ça, heu des jeunots de 22 ans qui veulent m'apprendre heu, ouai, j'me suis fâché puis, alors ils me font chier quoi (inaudible) les violences verbales, les violences, tout ça quoi, maintenant on n'a plus l'droit d'rien dire bon.*»

**Entretien n°5 :** (212) « *voilà mon compagnon est parti, le dernier film que j'avais fait, heu le producteur m'avait fait beaucoup de crasses, fin même si, ça avait été un tournage odieux, et surtout j'me suis rebloqué le, les cervicales et là j'ai été voir le type qui d'habitude me r'mettait les cervicales en place, il a fait une mauvaise manipulation, il m'a fait encore plus mal et il est parti en vacances.* »

## CONCLUSION

Un entretien infirmier n'a pas la même teneur qu'un entretien médical en consultation, ni qu'un entretien avec un psychologue, ni évidemment qu'une conversation de comptoir au bistrot. Or, à ma connaissance, il n'existe pas de travaux infirmiers en alcoologie qui porte sur le contenu de nos entretiens.

Si l'entretien d'accueil m'a semblé être un moment crucial de l'entrée du patient dans les soins, d'autres temps d'échanges mériteraient d'être analysés. Je pense par exemple aux paroles échangées lors des activités thérapeutiques, sortes de « paroles spontanées » à l'intérieur d'un temps formel et encadré, ou encore aux moments

pendant lesquels les soignants sont sollicités (angoisse des patients, ré alcoolisations), et ce qui est verbalisé lors de ces échanges « informels » et imprévus.

Les situations de soins sont nombreuses qui pourraient servir de point de départ à d'autres travaux de recherche afin de permettre aux infirmiers d'acquérir un regard plus distancié sur nos pratiques et d'être en mesure, éventuellement, de les modifier.

Le plus grand enseignement que j'ai tiré de ce travail de recherche est que, malgré le cadre imposé à la fois par l'institution hospitalière et les outils de travail à notre disposition, une part de l'entretien ne peut être contrôlée par le soignant. Autrement dit, on ne peut jamais savoir ce qu'il va ressortir d'une rencontre entre deux personnes, fussent-elles aussi « dissymétriques » qu'un patient (alcoolique) et qu'un soignant. Il apparaît ainsi que c'est justement ce qui n'est pas prévu par les cases et les items du dossier de soins qui s'avère primordial dans la suite de la prise en charge.

Si l'on s'en tient à considérer l'entretien d'accueil comme une simple formalité administrative à remplir par l'intermédiaire du dossier de soins, alors on risque de passer à côté d'éléments indispensables, qu'à ce moment-là nous sommes seuls à pouvoir saisir.

Ce travail m'a donc permis d'accorder une attention particulière aux différentes formes que peuvent prendre les paroles de nos patients et de pouvoir déceler ce qui est caractéristique dans le langage de la pathologie alcoolique. L'analyse des thèmes abordés a permis de mettre en lumière des thématiques communes à des contextes aussi différents que les bistrot et un service hospitalier, tout en relevant les spécificités de chacun des lieux.

Loin de m'enfermer dans une sorte de « nouveau savoir linguistique », j'ai tenté d'extraire de cette recherche des éléments utiles à la prise en charge infirmière mais aussi pluridisciplinaire.

### Courriel :

chloe.poupaud@lrb.aphp.fr

### Références :

Perea, F., Morenon, J., (2003). *Alcoolisme et langage : hypothèse sur la tardive et difficile acceptation d'une cure*. Nervure. Tome XVI. (4). 26-32.

Perea, F., (2000). *Paroles éthyliques, du discours au sujet*. Thèse de Doctorat en linguistique. Université de Montpellier.

Poupaud, C., (2013). *Entretiens d'accueil infirmiers : émergence et analyse de la parole*. Mémoire réalisé dans le cadre du D.E.S.U Prise en charge des addictions.

# AVANCE DE LA PAROLE, DE LA CONFIANCE, AUPRÈS D'UN PATIENT DÉPENDANT DE L'ALCOOL

**Gérard Ostermann**, professeur de thérapie, médecin interniste, psychothérapeute, président du Collège Régional des Alcoologues Aquitains, **Alain Rigaud**, Psychiatre des hôpitaux, psychanalyste, chef du pôle d'addictologie de l'EPSM Marne, Président de l'ANPAA et **Micheline Claudon**, psychologue clinicienne, administratrice de la Société Française d'Alcoologie

En interrogeant le moment du premier entretien entre la personne dépendante de l'alcool et un professionnel, les auteurs mettent en lumière « l'avance de la parole », à savoir la capacité du professionnel, dans son savoir-être, à être pleinement à l'écoute, afin de permettre la rencontre. (réd.)

## FAUT-IL ATTENDRE LA DEMANDE ?

La première rencontre est, chacune le reconnaît, un moment clé de la relation où chacun des protagonistes va tenter de saisir ce que l'autre attend de lui... Nous rejoignons Jean Maisondieu<sup>1</sup> dans son approche de cette première rencontre : « *S'ils n'osent se montrer en plein jour, sachons tamiser les lumières en adoucissant la dureté du regard que nous portons sur eux* ».

Une intéressante étude menée en 1992 auprès de plus de 2 000 médecins généralistes avait mis en exergue un véritable désarroi des praticiens face aux situations d'alcoolisation qu'ils sont amenés à rencontrer dans leur pratique. Plus que d'un désintérêt de la question, il s'agit bien davantage d'un malaise face à des patients qui viennent demander qu'on ne se préoccupe surtout pas de ce pourquoi ils sont venus et donnent à voir un jeu de cache-cache dont eux-mêmes ne maîtrisent pas les règles. Dans cette étude, de même que dans les formations auxquelles participent les médecins généralistes, les thèmes évoqués témoignent des difficultés de ces derniers à aborder la question de l'alcool, notamment lorsque l'entourage familial ou une pathologie associée les y incitait.

Parmi les questions les plus fréquemment posées nous retiendrons :

- Faut-il aborder de front la question de l'alcool ?
- Comment dire les choses ?
- Comment ne pas être blessant ?
- Comment parler avec le malade alcoolique ?

Nous percevons bien à travers ces questionnements que la question du savoir être prend le pas sur celle du savoir ou du savoir-faire et en cela les médecins généralistes ne se trompent pas. Dès lors se pose la question de l'acquisition d'un « savoir être » qui tiendrait plus à la spécificité de cette rencontre inhabituelle qu'à la personne rencontrée.

En d'autres termes une attitude – *a priori* – d'avance de la parole se doit d'être réfléchie en amont pour être agie dans la rencontre qui sera souvent surprenante et parfois dérangement.

Cette rencontre peut être dérangement à différents niveaux :

- le premier est celui de la forme que prend la rencontre : quelqu'un vient demander de l'aider à savoir ce qu'il souhaite car lui-même le plus souvent ne le sait pas précisément (dans la mesure où il n'est que très indirectement demandeur) ou, lorsqu'il l'est, souhaiterait que les effets délétères de l'alcool diminuent ou disparaissent tout en conservant les bénéfices, ce qui nous amène au second niveau :
- le second niveau évoque les effets bénéfiques de l'alcool connus de la plupart d'entre nous. Le patient sait bien que ces effets psychotropes ne nous sont pas étrangers, et c'est en cela que le si banal « *Je bois comme tout le monde* » renforce le malaise tout en énonçant une vérité comme le souligne Jean Maisondieu (« *Je bois comme tout le monde signifie à la fois « je bois pour faire comme toute le monde » et je bois pour être comme tout le monde, et « ne me blessez pas » veut dire l'alcoolique lorsqu'il nous tient à distance en se banalisant. Nous devrions tenir compte de ce cri du cœur caché dans la phrase qu'il murmure* »)<sup>2</sup>;
- exprimer l'ambivalence du patient à sa place : « Je voudrais que cessent tous ces ennuis (santé, mais aussi humeur, relations, concentration, ...) » mais conserver le « bon alcool, celui qui m'aide à vivre » constitue une étape incontournable de l'alliance thérapeutique...

Peut-être s'agit-il de parler au malade avant de parler avec lui, dans le sens où lui parler revient à l'informer de notre compréhension de son silence ou de ses banalisations, en d'autres termes le renseigner sur notre état intérieur d'acceptation de ce qu'il est au moment même de la rencontre.

1. Maisondieu J. *Les Alcooléens*, Bayard Éditions, 1992, p. 71.

2. Maisondieu J., op cité, p. 73.

Nous rejoignons G. Vachonfrance quand il écrit que l'essentiel face à un alcoolique tient en ceci : « *Ne pas le confronter au silence en attendant que puisse être formulée une véritable demande : s'il boit c'est précisément pour combler un espace vide qui n'arrive pas à s'articuler, à se dire*<sup>3</sup> »...

## L'ALCOOLIQUE : UN PATIENT QUI NOUS INTERROGE

Le patient alcoolique ne nous interroge pas à travers des mots mais à travers des attitudes et des comportements souvent contradictoires et, comme nous ne parvenons pas toujours à déchiffrer ses demandes, nous nous rassurons en pensant que sa demande n'est pas claire... ou qu'il est « menteur »... Rappelons à ce sujet, comme le souligne François Gonnet<sup>4</sup>, que « *le déni est un mécanisme psychique protecteur qui consiste – avant d'avoir pris conscience de quelque chose de trop dangereux pour son équilibre – à nier l'existence de cette chose, mais il s'agit d'un mécanisme inconscient à la différence du mensonge dont on accuse le sujet alcoolodépendant d'user abondamment. Un sujet dans le déni ignore qu'il y est et va croire qu'on l'accuse injustement* ».

Accepter ce déni et en comprendre les mécanismes nous invitent à renoncer à toute forme « d'aveu » et à rejoindre le patient dans son refus de cette étiquette sociale insultante que recouvre le terme d'« alcoolique », en lui exprimant clairement les distances que nous avons prises avec ce terme jugeant et peu précis, et en lui témoignant l'intérêt qu'il présente à nos yeux en tant que personne... à nulle autre semblable.

Dès lors la « révélation » de l'alcoolisme devient acceptable puisqu'elle sous-tend la quête d'absolu et de rêve dont témoigne le patient. Il s'agit bien plus en effet de témoignage que de demande. Quand un alcoolique vient nous voir, on croit qu'il va nous demander quelque chose, c'est-à-dire qu'on va pouvoir s'organiser dans le temps, dans un projet... alors qu'il vient le plus souvent témoigner dans l'immédiat d'une souffrance et demander une réparation rapide. L'alcoolique témoigne de ce qu'il vit mais ne demande pas pour autant de voir plus clair en lui.

Un alcoolique nous disait un jour : « *On me voit toujours quand j'ai bu mais on ne me voit jamais quand j'ai soif* », ce que l'on peut traduire par : « *On voit sur moi la conséquence de ma soif, mais on ne voit pas cette aspiration en moi* »... autrement dit le désir alcoolique<sup>5</sup>...

Imaginons qu'au contraire sa demande soit tellement claire qu'elle vienne nous rejoindre dans ce qui nous unit à lui, et il ne s'agit alors pas tant de soif d'alcool que de soif d'amour, de considération, de respect mais aussi de rêve d'un autre monde...

Acceptons avec Michel Ribstein<sup>6</sup> que l'alcoolique soit un enseignant qui vient nous enseigner sur nombre de soifs que chacun d'entre nous ressent mais ne peut exprimer.

## L'AVANCE DE LA PAROLE : UN PARI AUDACIEUX

Toute rencontre avec un patient alcoolique, pour un médecin ou un autre intervenant, peut interroger le sens et la fonction de l'avance de la parole. Faire l'avance a bien une résonance économique au sens de faire crédit, et faire crédit consiste justement à prendre en compte l'autre,

ce buveur et sa parole. C'est comprendre et accepter que le buveur s'est engagé sur la voie de l'alcoolisation parce qu'au départ elle lui semblait plus économique pour tenter de remédier à ce qu'il éprouvait comme mal de vivre ou comme mal-être. Enoncer trop rapidement les conséquences négatives de l'alcoolisation, c'est prendre le risque d'être assimilé à un discours normatif. Or la normativité de la médecine, lorsqu'elle évacue de sa pratique le discours et la subjectivité du

malade, lorsqu'elle rejoint les représentations de « l'alcoolique », ne pas avoir de parole, ne pas adhérer au projet thérapeutique, mettre en échec les dispositifs pensés pour le « bien-être » du patient, cette normativité ne permet pas au patient de « se refaire » au sens de réfection narcissique. Comme l'avance M. Lasselin<sup>7</sup>, faire crédit, faire l'avance, c'est faire ce pas de côté pour indiquer au sujet la valeur que l'on est prêt à accorder à son dire.

**Or l'acte de boire ne dit rien sur le sujet, il indique simplement que quelque chose ne va pas dans sa relation à lui-même et aux autres, dans son économie pulsionnelle, sexuelle et vitale.**

3. Vachonfrance G. (cité par G. Ostermann, Olivier Chambon in : « Les cinq premières consultations », *Psycho média*, 2011, 62-65)

4. Gonnet F., *Lettre à la famille*, Les cahiers de l'AREA, cahier N°4, p 7.

5. Ostermann G. et Rigaud A., Comment faire l'avance de la parole auprès du patient alcoolodépendant ? *Psychomedia*, N° 26, 2010, 66-70.

6. Ribstein M., cité par Bres R. (1995) *Figures et rituels de la soif*, in : Colloque alcool société précarité et travailleurs sociaux, Amiens, ANPAA.

7. Lasselin M., *Avec alcooliques, des créateurs... En deçà du miroir*, Ed. IFPAC, Lille, 1979.

## DE L'AVANCE DE LA CONFIANCE À L'AVANCE DE LA PAROLE

Les nombreuses représentations sur « l'alcoolique » dont nous avons héritées nous ont en effet appris que l'on ne pouvait pas faire confiance à un « alcoolique », serment d'ivrogne répète la légende populaire, qui se décline selon les contextes en « on ne peut pas lui faire confiance », « il ne tient jamais sa parole, ses promesses ». Et le patient lui-même conforte cette image lorsqu'il ne parvient pas à tenir les engagements pris avec lui-même..., et notamment celui de cesser toute consommation d'alcool.

Faire l'avance de la confiance, c'est donner au patient suffisamment d'éléments pour lui faire comprendre que nous avons pu faire un pas de côté pour lui accorder du crédit même si lui-même n'est pas encore prêt à le faire... Il peut s'agir d'une adhésion au discours d'un patient qui aménage les événements pour tenter de retrouver dans notre regard l'estime perdue ou bien encore pour évaluer notre niveau d'authenticité... Tel patient accepte d'aborder la question de sa consommation d'alcool à condition qu'elle soit entendue comme conséquence d'un événement de vie douloureux. Un deuil, une rupture, une séparation peuvent être considérées comme « à l'origine » des conduites d'alcoolisation. La souffrance exprimée à ce moment est réelle, et peu importe qu'elle soit antérieure ou postérieure aux conduites d'alcoolisation dans la mesure où elle symbolise une souffrance bien antérieure qui ne peut être exprimée parce que vécue à un stade pré-verbal. On pourrait même imaginer faire l'avance de la parole et donc de la confiance en proposant l'hypothèse d'un événement douloureux à l'origine de la conduite d'alcoolisation. Le patient peut alors s'en saisir et se définir alors comme un sujet souffrant et non comme un « alcoolique ».

« *Un alcoolique qui avoue sa dépendance n'est pas un vrai alcoolique* » disait Clavreul<sup>8</sup>. Ainsi boire parce que l'on souffre ce n'est plus tout à fait boire.... Pour rien, par manque de volonté.... Car lorsque cet alcoolique nous dit « *Je ne bois pas donc vous ne pouvez rien pour moi* », nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'une négation, mais bien plutôt d'une dénégation, au sens plein de refuser de reconnaître ou de ne pas admettre ce qui est. Ce qui est, ce qu'il nous dit est alors à entendre comme : « *Je n'admets pas que je bois, je ne me reconnais pas comme alcoolique, je n'admets pas que vous puissiez quelque chose pour moi* » et à comprendre comme « *Je sais que je bois, je crois que vous pouvez quelque chose pour moi, mais je le refuse* ».

A travers cette pensée intime, le patient nous livre l'enjeu de cette rencontre qui dépasse de beaucoup le problème de l'alcool. C'est la question de la confiance qui est à nouveau posée en mettant en balance une relation avec l'alcool – connue mais déçue – et une relation humaine – donc potentiellement décevante – où l'intervenant (thérapeute, médecin, ou toute personne animée d'un authentique désir

de rencontre) se devra de convaincre son interlocuteur de la valeur accordée non plus seulement aux paroles ou à l'engagement de la personne mais à sa singularité de sujet. Un patient venant de la précarité doutait de la place qu'il lui était réservée dans un lieu de soin, exprimant qu'aucune place ne lui avait jamais été faite, nulle part... Il lui est alors répondu qu'il aura une place parce qu'il a de la valeur..., celle de tout homme... Interloqué par cette réponse le patient répond non sans humour qu'il ira dès le lendemain vérifier sa cotation... en Bourse !

Au-delà de ce trait d'humour, il s'agit pour nous d'entendre que l'acte de boire – ou de ne plus boire – est souvent appréhendé comme l'enjeu principal – voire le seul – de la relation. Or l'acte de boire ne dit rien sur le sujet, il indique simplement que quelque chose ne va pas dans sa relation à lui-même et aux autres, dans son économie pulsionnelle, sexuelle et vitale. C'est dire qu'en faisant l'avance de la parole, c'est le thérapeute qui doit payer de sa personne et se risquer pour signifier son ressenti en lieu et place de l'alcoolique, pour lui offrir un support identificatoire et pour lui montrer que l'on peut parler sans être anéanti par l'angoisse (on ne peut modifier l'autre que si l'on accepte d'être soi-même modifié par lui).

## BOIRE, NE PAS BOIRE, NE PLUS BOIRE

La rencontre avec les patients présentant une dépendance physique nous invite à proposer d'expérimenter une période d'abstinence tout en insistant sur le fait qu'il ne s'agit là que du point de départ, d'une condition nécessaire à la poursuite du soin et de l'accompagnement. Ainsi, progressivement le patient apprendra à exprimer ses émotions, dire ses propres mots et ne plus avoir besoin de parler au travers du véhicule alcool, il s'agira alors de le rassurer sur le fait que le soin et l'accompagnement se poursuivront bien au-delà de l'obtention de l'abstinence car, comme l'écrit François Gonnet<sup>9</sup> : « *Lorsqu'il n'y a plus d'alcool, il n'y a souvent plus de thérapeute* »...

Cela peut aussi nous interroger sur le statut que nous – thérapeutes et patients – accordons à la réalcoolisation. Paradoxalement on peut dire que seule une parole libre sur la réalcoolisation permet de la dépasser.

Il nous a aussi semblé intéressant d'interroger la place qu'occupe l'abstinence du patient dans notre propre investissement thérapeutique et comment celui-ci était retransmis au patient. En d'autres termes, sommes-nous toujours assez clairs sur la priorité que nous accordons au maintien du lien par rapport à la durée de l'abstinence ?

Il n'en est pas de même des patients qui ne connaissent « que » la dépendance psychologique et expérimentent régulièrement le fait qu'ils peuvent « s'arrêter quand ils veulent ». Entendons qu'ils ne sont donc pas « alcooliques »

8. Clavreul J., *L'ordre médical*, Ed. du Seuil, coll « Le champ freudien », Paris, 1978

9. Gonnet F., *Des thérapeutes pour des produits ou un thérapeute pour une personne ?*, Alcoolologie, 1993, N° 15, p. 31-35.



tels qu'ils se le représentent ... Contrairement aux précédents, qui expérimentent douloureusement le besoin tyrannique de boire pour ne pas être mal, ces patients admettent difficilement la « perte de contrôle » qui caractérise leur mode de consommation. L'avance de la parole va ici se centrer sur les effets bénéfiques de l'alcool (et le phénomène de tolérance) mais aussi et surtout sur la place occupée par le produit dans l'espace psychique du patient. Moins évidente que la précédente, la tyrannie qu'exerce le produit va se manifester dans l'abandon progressif des investissements... Le patient sera donc moins prêt à envisager une rupture avec l'alcool et seule une disponibilité ouverte permettra d'avancer progressivement, en laissant au patient le temps et le choix de ses expérimentations tout en l'assurant d'un soutien indéfectible.

La question de la temporalité qui est toujours centrale dans la relation au patient dépendant va se présenter de manière paradoxale dans l'activité dite « de liaison ». Il s'agit en effet sur un temps très court (une ou deux rencontres sur quelques jours d'hospitalisation) d'installer chez un patient n'ayant formulé aucune demande une relation de confiance susceptible de s'installer dans la durée...

## L'ALCOOLOGIE DE LIAISON... OU LE PARI D'UNE DEMANDE IMPLICITE

Intervenir sans demande explicite auprès d'un patient hospitalisé le plus souvent pour une complication de sa pathologie alcoolique, c'est faire le pari audacieux que derrière cette apparente non-demande se cache peut être une demande, qui ne s'exprimera que si l'intervenant émet des signaux de confiance dans la parole du patient et d'intérêt pour ce qu'il est bien au-delà de la demande (médicale) constituant l'objet de la rencontre. « *Il faut se laisser influencer par le patient dans le bon sens, tel un drapeau sensible au vent, c'est-à-dire qu'il faut très vite repérer dans quel sens souffle le vent...* »<sup>10</sup>. A partir des paroles, des silences mais aussi des messages non verbaux, l'intervenant signifiera au patient sa disponibilité inscrite dans le temps. Il s'agit plus alors de créer un lien que d'engager un accompagnement. Rappelons les paroles de G. Vachonfrance : « *Le patient est libre, le thérapeute est libre, pas de jugement, pas de menace, accepter toutes les facettes de sa personnalité, ne pas donner d'étiquette, être authentique, être digne de confiance, être empathique* ». Cette première rencontre peut permettre au patient d'entendre une disponibilité dont il se saisira quand il le souhaitera ou le pourra : « *Voilà ce qu'on peut vous offrir, sur quoi vous pouvez vous appuyer, c'est vous qui restez maître d'œuvre, nous on vous propose des outils, et d'apprendre à vous en servir...* ».

## EN CONCLUSION

Faire l'avance de la parole, faire l'avance de la confiance, c'est ouvrir à la question de la problématique narcissique du « Je vous reconnais, je m'avance, je prends des risques, je vous témoigne de mon intérêt »... C'est à nous de dire, à nous de donner les mots pour que l'autre puisse s'y appuyer et s'y reconnaître.

Faire l'avance de la parole, c'est aussi regagner une confiance perdue et ne pas laisser le buveur seul, quels que soient les aléas de l'accompagnement. En cela une parole précoce sur la fiabilité du lien – y compris en cas de consommation – nous semble un préalable indispensable à l'instauration d'une relation de confiance dans la durée.

C'est aussi prendre en considération toute la dimension extra-langagière : si le regard n'est pas là, si « le cœur n'y est pas », si l'authenticité de celui qui fait l'avance de la parole fait défaut, ça ne marche pas... A chacune de ces étapes, l'alcoolique nous teste dans notre capacité à écouter son boire et non pas à voir – ou encore moins à compter – ce qu'il boit...

On conçoit alors qu'il s'agit d'une rencontre à risque où les partenaires peuvent à tout moment être renvoyés dos à dos, mais également d'une rencontre qui peut aboutir au soin, c'est-à-dire à la réappropriation de sa vie par le patient...

### Courriel :

gerard.ostermann@wanadoo.fr  
arigaud.anpaa.asso@orange.fr  
micheline.claudon@gmail.com

10. op cité in Psycho média , Les cinq premières minutes de consultation, Olivier Chambon , Gérard Ostermann, 2011, 62-65

# LES ADDICTIONS : QUELS RÉCITS POUR QUELLES IDENTITÉS ?

**Olivier Taïeb**, psychiatre, Hôpital Avicenne, APHP, Université Paris 13, Bobigny et Inserm U669, Paris

Toute réflexion sur les addictions est complexe puisque ces troubles se jouent des limites et des frontières habituelles des disciplines scientifiques. Face à la multiplicité des discours et des modèles, l'hypothèse est ici de considérer les addictions comme des constructions narratives (Taïeb 2011). Mais quels en sont alors les auteurs et les narrateurs ? Quels en sont les lecteurs, les auditeurs et les spectateurs ? Les patients ou les professionnels ? Enfin, quel est le rôle des théories et des dispositifs de soins dans les identifications des patients ?

Pour tenter de répondre à ces questions, la méthode proposée est d'utiliser la théorie narrative de Paul Ricœur et certaines théories de la lecture en les articulant aux enjeux psychopathologiques des addictions.

## LES INTERACTIONS ENTRE MONDE DU TEXTE ET MONDE DU LECTEUR

### La théorie narrative de Ricœur

Ricœur reprend, dans *Temps et récit*, deux concepts de la *Poétique* d'Aristote : la mise en intrigue (*muthos*) et l'activité mimétique (*mimèsis*). La *mimèsis* est le processus de représenter et n'est pas une réplique à l'identique. Elle produit quelque chose qui est l'agencement des faits par la mise en intrigue. Ricœur étend le concept de *mimèsis* à l'amont et à l'aval de la configuration poétique. La *mimèsis* I fait référence à l'amont (la préfiguration) : la *mimèsis* II reste le pivot central et la création poétique proprement dite (la configuration) : enfin, la *mimèsis* III est l'aval de la composition poétique (la refiguration). La *mimèsis* forme ainsi un cercle, qui est plutôt « une spirale sans fin » (TR1, p. 138).

En amont, l'expérience, elle-même, a une structure pré-narrative : « Ne sommes-nous pas inclinés à voir dans tel enchaînement d'épisodes de notre vie des histoires « non (encore) racontées », des histoires qui demandent à être racontées, des histoires qui offrent les points d'ancrage au récit ? » (TR1, p. 141).

En aval, la fonction de la littérature est d'être « révélatrice et transformante à l'égard de la pratique quotidienne : révélatrice, en ce sens qu'elle porte au jour des traits dissimulés, mais déjà dessinés au cœur de notre expérience pratique : transformante, en ce sens qu'une vie ainsi examinée est une vie changée, une vie autre » (TR3, p. 285). C'est pour cela que « découvrir et inventer » deviennent « indiscernables » (TR3, p. 285).

En étant ainsi refigurée par la littérature, la vie est finalement comme un roman et l'identité ne peut donc être que narrative : « L'histoire d'une vie ne cesse d'être refigurée par toutes les histoires véridiques ou fictives qu'un sujet raconte sur lui-même. Cette refiguration fait de la vie elle-même un tissu d'histoires racontées » (TR3, p. 443). Le « secours de la fiction » (SA, p. 191) est, en effet, indispensable pour trouver des repères temporels pour organiser notre vie, pour tenter de saisir notre expérience : « C'est précisément en raison

du caractère évasif de la vie réelle que nous avons besoin du secours de la fiction pour organiser cette dernière rétrospectivement dans l'après-coup, quitte à tenir pour révisable et provisoire toute figure de mise en intrigue empruntée à la fiction ou à l'histoire » (SA, p. 192).

Le récit fait partie de la vie avant de s'exiler de la vie dans l'écriture : il fait retour à la vie selon les voies multiples de l'appropriation. De cette appropriation d'un monde ou de l'identité d'un personnage réel, dans un récit historique, ou imaginaire, dans un récit de fiction, résulte une refiguration de soi. Le soi ne se connaît pas en effet de façon immédiate mais seulement de façon indirecte. La médiation d'autrui est nécessaire à la découverte de soi-même. Mais cette appropriation doit être critique : « Cette appropriation peut revêtir une multitude de formes, depuis le piège de l'imitation servile, comme chez Emma Bovary, en passant par tous les stades de la fascination, de la suspicion, du rejet, à la recherche de la juste distance à l'égard des modèles d'identification et de leur puissance de séduction. Apprendre à « se raconter », tel pourrait être le bénéfice de cette appropriation critique. Apprendre à se raconter, c'est aussi apprendre à se raconter autrement » (PR, p. 152).

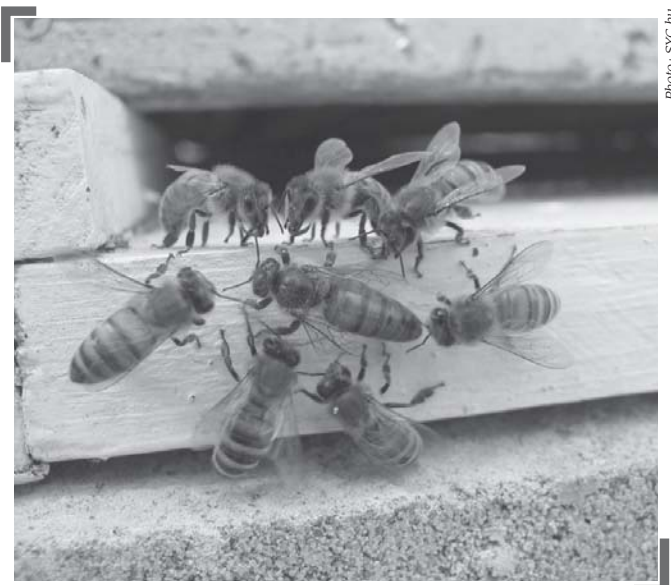


Photo : SXC.hu

### La réception

L'« esthétique de la réception » a déplacé l'analyse du rapport texte/auteur vers la relation texte/lecteur (Iser 1985, Jauss 1978). Symétriquement au narrateur, le récepteur est à la fois le lecteur réel et une figure abstraite dont l'existence est postulée par le narrateur. En effet, « tout discours s'adresse nécessairement à quelqu'un et contient toujours en creux l'appel au destinataire » (Genette, 1972, p. 266). Tout texte est ainsi incomplet et a besoin du sens introduit par le destinataire. L'auteur prévoit donc un « Lecteur Modèle » doté de certaines connaissances, capable de « coopérer » à l'actualisation du texte et capable de l'interpréter comme il l'entend. Il ne doit pas seulement espérer qu'il existe, il doit aussi « agir sur le texte de façon à le construire » (Eco, 1985, p. 69).

Se pose alors la question de la liberté d'interprétation du lecteur. Certains auteurs vont écrire des textes « fermés » : « Pour parler comme les publicitaires, ils se choisiront un *target*, une « cible » (et une cible, ça coopère très peu : ça attend d'être touché) » (*ibid.*, p. 70). D'autres vont écrire des textes plus « ouverts » et ne cherchent pas alors à imposer une seule lecture. Mais même dans ces cas, les auteurs construisent aussi leurs Lecteurs Modèles à travers une stratégie textuelle. Si un texte ne postule ni ne produit aucun lecteur, il devient alors « illisible ».

Pour Eco, l'Auteur, comme le Lecteur Modèle, est aussi une stratégie textuelle. L'auteur empirique formule une hypothèse de Lecteur Modèle mais « il se dessine lui-même, auteur en tant que sujet de l'énoncé, comme mode d'opération textuelle en des termes tout autant stratégiques » (*ibid.*, p. 77). Il existe ainsi une coopération textuelle entre Auteur Modèle et Lecteur Modèle qui dépend de la « compétence » du lecteur et de son « encyclopédie ». Dans cette encyclopédie, existent des « scénarios communs » et des « scénarios intertextuels ». Les scénarios communs sont des suites d'événements rencontrés fréquemment dans la vie quotidienne et partagés avec la majeure partie des membres de la culture à laquelle appartient le lecteur. Les scénarios intertextuels viennent, eux, de la connaissance des textes lus précédemment, tout lecteur ayant une certaine compétence intertextuelle.

Pour Eco comme pour Iser, un texte est lu « pas à pas » (*ibid.*, p. 142). Le lecteur configure ainsi un « cours d'événements possible » et entrevoit des « mondes possibles » (*ibid.*, p. 146). Ces mondes se fondent sur les structures objectives du texte qui peuvent exercer une pression sur ses choix et sur ses spéculations subjectives sur l'intrigue. Il peut aussi, pour élaborer ses hypothèses sur la suite de l'histoire, « sortir » du texte et chercher dans ce qu'il connaît déjà, dans son encyclopédie. Le plaisir de la lecture peut être aussi bien de voir confirmées ses prévisions ou au contraire de les voir infirmées.

## LE CERCLE DE LA MIMÉSIS ENTRE LES RÉCITS DES PATIENTS ET CEUX DES PROFESSIONNELS

### Le besoin du secours de la littérature

Un cercle de la *mimésis* peut être défini entre les récits des patients et ceux des professionnels (Taïeb, 2011). Avant de raconter leurs histoires, les patients tentent de repérer, dans l'enchaînement des épisodes de leur vie, des éléments pré-narratifs, c'est-à-dire « des histoires non (encore) racontées » (*TRI*, p. 141). C'est la *mimésis* I. Les patients sont ainsi amenés à choisir les événements qu'ils vont mettre en intrigue (*mimésis* II), événements qui peuvent devenir en fonction des configurations les tournants, les moments-clés, les déclics... et induire des discordances quand ils renversent l'effet des actions, de la fortune vers l'infortune comme dans la tragédie ou inversement (Taïeb et al., 2008).

Mais mettre en intrigue ses histoires est souvent difficile, ce qui retentit inévitablement sur la perception du temps vécu. Les configurations peuvent être répétitives et court-circuiter

la dialectique entre remémoration et anticipation. La souffrance peut même être inénarrable, la focalisation sur l'instant interrompant le fil narratif.

Les patients tentent ainsi d'être auteurs et narrateurs de leurs histoires mais sont aussi lecteurs, auditeurs et spectateurs de multiples histoires (*mimésis* III). Ils s'approprient des éléments de la fiction et de l'His-

toire, mais aussi de la littérature spécialisée, qu'elle soit psychiatrique, psychopathologique ou sociologique. En effet, face à la multiplicité des modèles, face à leurs souffrances identitaires, ils ont « besoin du secours de la fiction » (*SA*, p. 191) pour organiser leur expérience temporelle, rendre intelligible leur vie et tenter d'en devenir « co-auteur quant au sens » (*SA*, p. 191). C'est à « l'aide des commencements narratifs » (*SA*, p. 192), auxquels cette littérature les a familiarisés, que les patients tentent de stabiliser, par exemple, les initiatives d'entrer dans un processus de soins. Cette littérature leur permet aussi d'avoir l'expérience, forcément inexacte, « de ce que veut dire terminer un cours d'action, une tranche de vie » (*SA*, p. 192).

Les patients ne sont pas les seuls à tenter de mettre en intrigue leurs « histoires non (encore) racontées ». Les professionnels recherchent aussi avec attention des « points d'ancrage » dans les récits de leurs patients pour rendre intelligibles leurs parcours, pour les raconter à leur tour et pour édifier leurs modèles et leurs théories. C'est pourquoi tant d'éléments de leurs discours finissent par se retrouver dans les récits des patients. La littérature spécialisée et les histoires de vie des patients se renforcent de façon réciproque, en formant, pour reprendre l'expression de Ricœur, « une spirale sans fin » (*TRI*, p. 138).

Les patients ne sont pas les seuls à tenter de mettre en intrigue leurs « histoires non (encore) racontées ».

### Les enjeux narcissiques

Le besoin du secours de la littérature de ces patients et leur appétence pour les modèles identificatoires sont en rapport avec les défaillances de leurs assises narcissiques. L'objet d'addiction est, en effet, un objet toujours à la disposition du sujet dans une relation d'emprise réciproque permettant d'éviter angoisses de perte et angoisses d'intrusion. Mais il n'est pas introjectable, ce qui contraint le sujet à la répétition (McDougall, 1982).

L'utilisation de la réalité externe à des fins de sauvegarde de l'identité rend donc compte de l'importance que revêt chez ces patients la recherche d'histoires et de modèles identificatoires pour colmater leurs failles narcissiques. Mais le danger est de figer tout comportement, tout symptôme en une identité durable et définitive avec un éventail de plus en plus réduit de positions identificatoires. L'appropriation de figures de personnages fictifs, historiques ou issus de la littérature spécialisée est essentielle dans l'accès à la connaissance de soi mais elle doit rester « critique » si possible (PR) : « Vivre en imagination signifie se projeter dans une image trompeuse derrière laquelle on peut se cacher. L'identification, par la suite, va devenir un moyen de se duper soi-même ou de se fuir soi-même. Dans le domaine de la fiction, en témoignent les exemples de Don Quichotte et de Madame Bovary » (IN, p. 45). Un autre danger serait la survenue d'une errance entre les modèles identificatoires en concurrence. Le sujet pourrait aussi se trouver face à l'hypothèse de la perte d'identité, comme *L'homme sans qualités* de Musil où, pour Ricœur, il s'agit là de la « mise à nu de l'ipséité par perte de support de la mêmété » (SA, p. 178). Pour éviter ce risque, certains patients pourraient être tentés par le repli identitaire en s'appropriant un des modèles proposés, « la tentation identitaire consistant dans le repli de l'identité-*ipse* sur l'identité-*idem* » (PR, p. 157) mais en perdant alors toute possibilité de changement.

### Les modèles théoriques et les dispositifs de soins en attente de lecture

Comme tous les textes, les récits cliniques, les modèles théoriques mais aussi les dispositifs de soins doivent être actualisés par les patients. Tout auteur de théories ou de dispositifs de soins prévoit ce qu'on pourrait appeler un « Patient Modèle » (d'après Eco) « capable de coopérer à l'actualisation textuelle de la façon, dont lui, l'auteur, le pense, et capable aussi d'agir interprétativement comme lui a agi générativement » (Eco, 1985, p. 68). Toute théorie, comme tout texte, ne fait pas que supposer l'existence d'un Patient Modèle. Elle contribue aussi à le construire. C'est

une véritable stratégie. « Prévoir son Lecteur Modèle ne signifie pas uniquement « espérer » qu'il existe, cela signifie aussi agir sur le texte de façon à le construire. Un texte repose donc sur une compétence mais, de plus, il contribue à la produire » (*ibid.*, p. 69). Les théories et les dispositifs de soins fabriquent et produisent leurs Patients Modèles. Les patients se comporteront comme le Patient Modèle ou seront plus à distance en fonction de la théorie en cause et en fonction de leur psychopathologie. Comme les textes, il existe des théories « ouvertes » ou « fermées » en fonction de la liberté interprétative laissée aux patients. Cette liberté est indispensable pour qu'il y ait une véritable refiguration qui soit à la fois « révélatrice et transformante » (TR3, p. 285). En effet, « ce n'est que lorsque le lecteur doit constituer, au cours de la lecture, le sens du texte [...] que quelque chose s'exprime en lui qui met en lumière un élément de sa personnalité dont jusqu'alors il n'avait pas conscience » (Iser, 1985, p. 94). Une théorie est « un tissu d'espaces blancs » qui doivent être « remplis » par les patients, associés à des ensembles de directives qui s'imposent à eux et contrôlent leur action. Seuls des patients dotés de certaines connaissances et « ciblés » par la théorie ou le dispositif de soins peuvent la faire ou le faire fonctionner en actualisant ce qui n'est pas exprimé explicitement. L'actualisation du contenu est bien sûr plus ou moins réglée par les auteurs. Les patients font des prévisions sur l'issue de l'intrigue en fonction des éléments qu'ils « lisent » et entrevoient différents mondes possibles qui dépendent de leur subjectivité, bien sûr, mais aussi des structures textuelles du dispositif de soins et de sa théorie sous-jacente.

Les patients acquièrent ainsi une certaine compétence intertextuelle tout au long de leurs parcours de soins. C'est

pour cela qu'aucune rencontre n'est « lue » indépendamment des rencontres précédentes. Une rencontre thérapeutique prend place dans l'horizon d'attente du patient, c'est-à-dire dans « un ensemble d'attente et de règles du jeu avec lesquelles les textes antérieurs l'ont familiarisé et qui, au fil de la lecture, peuvent être modulées, corrigées, modifiées ou simplement reproduites » (Jauss, 1978, p. 56). La prise en charge des patients *addicts*, comme le roman policier, le conte ou le western a aussi des règles de genre. Les patients se constituent donc progressivement une « encyclopédie » avec plusieurs scénarios intertextuels, auxquels ils vont se référer dans les interactions qu'ils ont avec les circuits de soins. Pour comprendre ce qui se passe dans une relation thérapeutique donnée, ils peuvent en « sortir » comme les lecteurs sortent du texte pour consulter leur encyclopédie. Certains scénarios sont « préfabriqués » et leurs issues sont facilement anticipables. Il existe dans ces scénarios une forte contrainte sur la succession des événements.

**Les professionnels recherchent aussi avec attention des « points d'ancrage » dans les récits de leurs patients pour rendre intelligibles leurs parcours, pour les raconter à leur tour et pour édifier leurs modèles et leurs théories.**

Il existe aussi dans ces prises en charge des « scénarios situationnels ». Il ne s'agit plus des exemples donnés par Eco du duel entre le shérif et le bandit, de la jeune fille enlevée ou du hold-up à la banque, mais c'est le toxicomane aux urgences qui demande un sevrage, la fugue du patient la veille de sa sortie prévue d'une hospitalisation... Les soignants ont aussi, en fonction de leurs expériences et de leurs connaissances, une encyclopédie avec des scénarios intertextuels. Grâce à eux, ils peuvent parvenir à prévoir et à anticiper la fin des histoires, ce d'autant que les patients peuvent partager la même encyclopédie, ce qui peut les rassurer sur le bien-fondé de leurs croyances et de leurs hypothèses. Mais il peut aussi être thérapeutique de ne pas toujours respecter les règles de genre pour aménager un effet de surprise, pour faire en sorte que la réception du soin soit plus active et moins ennuyeuse et, enfin, pour éviter une simple répétition d'un scénario antérieur entravant alors toute possibilité de changement.

## CONCLUSION

Les patients tentent d'être auteurs et narrateurs de leurs histoires (*mimèsis* I et II) mais sont aussi lecteurs, auditeurs et spectateurs de multiples autres histoires, dont celles écrites, racontées ou mises en scène par les professionnels dans leurs modèles cliniques et leurs théories (*mimèsis* III). Ils ont ainsi une part plus ou moins créative et interprétative par rapport à leurs souffrances et par rapport aux histoires qu'ils entendent, qu'ils rencontrent ou qu'ils lisent.

Les enjeux thérapeutiques de « la refiguration du réel » (*TR1*) au cours de la *mimèsis* III sont importants à prendre en compte. L'objectif est de parvenir à une nouvelle construction historique correspondant à la transformation d'un texte théorique en un discours singulier et vivant. Cette « nouvelle connaissance partagée » montrera au patient que « tout sujet ne peut se préserver, désirer, aimer qu'en se reconnaissant dans cet être composite qui lie le singulier et l'universel » (Aulagnier, 1984, p. 17). Elle devra aussi rester accessible aux changements, exigés obligatoirement par la suite de l'histoire. Il s'agit de pouvoir « se raconter » mais aussi de pouvoir continuer à « se raconter autrement » (*PR*).

Cet équilibre est difficile à préserver. Le risque oscille, en effet, entre des dispositifs de soins illisibles empêchant toute configuration de la souffrance ou des dispositifs, à

l'opposé, trop lisibles fabriquant des Patients Modèles uniformes et indifférenciés. Un *monde du soin*, par analogie au monde du texte, est à construire « non pas d'objets mais de sujets investis de pleins droits » (Bakhtine, cité par Todorov, 1981, p. 162), un monde où toutes les voix peuvent être entendues, aussi bien celles du passé que celles à venir.

### Courriel :

olivier.taieb@avc.aphp.fr

### Références :

Pour les ouvrages et les articles de Ricœur, nous avons adopté le système d'abréviations suivant :

*TR1 : Temps et récit. 1. L'intrigue et le récit historique* (1983), Paris, Seuil « Points Essais », 1991.

*TR3 : Temps et récit. 3. Le temps raconté* (1985), Paris, Seuil « Points Essais », 1991.

*SA : Soi-même comme un autre* (1990), Paris, Seuil « Points Essais », 1996.

*IN : L'identité narrative, Revue des sciences humaines*, 1991, (221), 35-47.

*PR : Parcours de la reconnaissance*, Paris, Stock, 2004.

### Autres auteurs :

Aulagnier P., *L'apprenti-historien et le maître sorcier. Du discours identifiant au discours délirant* (1984), Paris, PUF, 2000.

Eco U., *Lector in fabula. Le rôle du lecteur ou la Coopération interprétative dans les textes narratifs*, Paris, Grasset « Livre de poche », 1985.

Genette G., *Figures III*, Paris, Seuil, 1972.

Iser W., *L'acte de lecture. Théorie de l'effet esthétique*, Bruxelles, Mardaga, 1985.

Jauss H.R., *Pour une esthétique de la réception* (1978), Paris, Gallimard « Tel », 1990.

McDougall J., *Théâtre du Je*, Paris, Gallimard, 1982.

Taïeb O., Révah-Lévy A., Moro M. R., Baubert T., Is Ricoeur's notion of narrative identity useful in understanding recovery in drug addicts ? *Qualitative Health Research*, 2008, 18, 990-1000.

Taïeb O., *Les histoires des toxicomanes. Récits et identités dans les addictions*, Paris, PUF, 2011.

Todorov T., *Mikhaïl Bakhtine. Le principe dialogique*, Paris, Seuil, 1981.

# LA RELATION THÉRAPEUTIQUE DANS LA PERSPECTIVE DE LA THÉRAPIE NARRATIVE

**Rodolphe Soullignac**, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, Genève

**La thérapie narrative est un outil permettant au patient d'explorer ses identités multiples, en dehors de tout discours normatif, afin de promouvoir le sentiment d'initiative personnelle. Une thérapie tout à fait indiquée dans le domaine des addictions. (réd.)**

**E**n développant la thérapie narrative, Michael White et David Epston se sont inspiré des idées post modernes concernant l'identité. Ces idées proposent une alternative à la métaphore dominante de l'identité exprimée en termes de « surface/profondeur » (comme par exemple le conscient/l'inconscient, ou le moi et le moi profond, le for intérieur...). La conception alternative de l'identité que propose la thérapie narrative met d'avantage l'accent sur l'aspect multiple et changeant de l'identité et ouvre ainsi la voie vers de nouvelles conceptions de la relation thérapeutique et notamment dans le champ des addictions.

Michel Foucault a suggéré que les théories modernistes concernant l'identité constituent un ensemble de « vérités » normatives qui ont le pouvoir de façonner nos vies et nos relations. Foucault avançait que l'ensemble des exigences normatives concernant la manière dont nous devrions vivre se trouvent reproduits et confortés dans tous les domaines de la vie, en particulier dans le domaine de la santé, le secteur social et le contexte du travail thérapeutique. L'histoire est toujours l'histoire des vainqueurs, ainsi une fois les récits minoritaires écartés, l'ensemble des exigences normatives finissent par accéder au statut de vérité suivant lesquelles les personnes se mesurent et s'évaluent les unes par rapport aux autres. Le pouvoir moderne décrit par Michel Foucault est un pouvoir non centralisé que nous nous infligeons les uns aux autres et que nous nous infligeons à nous même en continu. L'exemple du panoptique est l'illustration que Michel Foucault choisit pour évoquer ce processus de soumission « volontaire » au pouvoir dominant. Le panoptique est une prison inventée par Jérémy Bentham qui prévoit que les prisonniers se soumettent aux règles avec ou sans présence de gardien, qu'ils deviennent leur propre gardien car les gardiens étant invisibles derrière des glaces sans tain, ils sont considérés comme potentiellement toujours là.

***Le style relationnel que le thérapeute narratif veut promouvoir (...) a un intérêt tout particulier pour des populations de personnes souffrant d'addiction.***

Ces conceptions du pouvoir et des exigences normatives, nous disent Sarah Walther et Maggie Carey (deux collaboratrices proches de Michael White à Adelaïde en Australie), sont des notions clé de l'approche narrative. La conception structuraliste de l'identité invite le thérapeute à se focaliser sur une perspective ontologique de l'individu, ce qu'il est et l'aspect déterminé de sa structure. Comment cela se situe en termes de normalité ? Ces exigences et discours normatifs se trouvent reflétés et soutenus dans les rapports d'évaluation, les tests, les échelles de mesures, les synthèses de résultats, les jugements et avis que les professionnels sont invités à formuler. Ainsi, des spéculations concernant la vie et l'identité des personnes peuvent devenir des discours de vérité : dans le langage des « pys » on appelle cela des diagnostics. Un des effets majeurs du diagnostic, c'est de limiter les orientations qui s'offrent aux personnes pour faire des choix dans leur vie, et de restreindre l'expérience et les possibilités d'un « devenir » au sens où Gilles Deleuze utilise ce mot. Deleuze utilise le terme de « déterritorialisation » pour désigner une échappatoire, ou « ligne de fuite », hors du territoire dans lequel nous nous situons afin d'atteindre d'autres espaces de vie qui nous offrent d'autres possibilités : « *Il y a des lignes de fuite partout. Elles constituent des moyens possibles pour échapper aux forces d'oppression et de stratification. Même les strates les plus denses sont parcourues de lignes de fuite* ». (Deleuze et Guattari, Mille plateaux, 1980)

Ainsi la démarche diagnostique a souvent tendance à réduire les possibilités d'existence d'une personne à l'intérieur d'espaces de vie fixés, bornés par le jugement, les proclamations d'échec, et des conclusions minces concernant la valeur d'une personne.

Michael White disait : « Si nous voulons promouvoir le sentiment d'initiative personnelle dans la vie des gens, et les encourager à vivre de nombreux possibles, y compris des possibles qui se situent en dehors des discours normatifs, alors nous devons prendre position à l'égard des relations

de pouvoir qui sont véhiculées dans les discours dominants. » Nous nous intéresserons alors à des conceptions du moi alternatives. La thérapie narrative est à cet égard une thérapie politique. En effet, le projet de beaucoup de psychothérapies est d'aider les gens à vivre mieux, à trouver place dans le système social et à rester neutres et bienveillants à l'égard du système lui-même. Il n'est pourtant plus à démontrer que certains systèmes, certaines institutions, contribuent activement à la souffrance des personnes : le système n'est pas neutre et bienveillant.

Si nous considérons l'identité non comme fixée, statique ou mono histoire, mais plutôt comme multi histoires, fluide, et toujours dans un processus de « devenir », alors nous pouvons nous positionner en relation avec les personnes d'une manière qui active l'émergence des possibilités qu'elles préfèrent pour leur vie.

Beaucoup de pratiques et techniques d'entretiens en thérapie narrative ont pour but de permettre aux personnes de se réengager dans leur propre histoire, de redevenir auteurs de leur vie. Il ne s'agit pas d'un réengagement qui consisterait à faire un recadrage de l'expérience de vie des gens en substituant comme le dit Michael White à l'orientation du « verre à moitié vide » celle du « verre à moitié plein ». Ce n'est pas non plus une révision de l'histoire ou une réécriture de l'histoire qui élaborerait un autre compte rendu global de l'histoire et annulerait et remplacerait le compte rendu original. Il ne s'agit pas de remplacer une « mauvaise » composition contre une « bonne » composition.



Photo : Isackphoto

De cette façon, la pratique de la révision de l'histoire, comme la pratique du recadrage, courent toutes les deux le risque de contribuer au développement d'expériences identitaires et de vie à une seule histoire.

La pratique de la thérapie narrative souhaite contribuer à fournir des options pour se réengager avec son histoire en faisant émerger des expériences identitaires et de vie à plusieurs histoires. Cette pratique ne contribue pas seulement au développement des ressources narratives des personnes, mais leur donne aussi la possibilité de changer leur relation à leurs propres histoires. Le but n'est pas de recadrer ni de changer l'histoire en la révisant, mais de se réengager avec son histoire personnelle en des termes nouveaux.

Pour ce faire, le thérapeute narratif est invité à se poser régulièrement certaines questions à propos de son travail : Jill Freedman et Gene Combs, deux Américains qui ont eu un rôle déterminant dans la diffusion des idées de la thérapie narrative à travers le monde, ont laissé aux thérapeutes narratifs en herbe, comme aux confirmés, cette série de questions à se poser pour vérifier son positionnement vis-à-vis de son/ses patients.

1. Suis-je à la recherche de plus d'une description ?
2. Mon écoute me porte-t-elle à comprendre comment la réalité expérimentée ou vécue par cette personne a été construite socialement ?
3. Quel langage est ici mis en avant ? Est-ce que j'essaie d'accepter et de comprendre les descriptions linguistiques de cette personne ? Si j'offre une distinction énonciative, pourquoi suis-je en train de le faire ? Quels sont les effets des différentes distinctions linguistiques qui sont mis en avant dans cette conversation thérapeutique ?
4. Quelles narrations soutiennent les problèmes de cette personne ? Y a-t-il des narrations dominantes qui oppriment ou limitent la vie de cette personne ? Quel récit marginal suis-je en train d'entendre ? Y a-t-il des indices, des récits marginaux qui n'ont pas encore été exprimés ? Comment pourrais-je inviter cette personne à s'engager dans une « insurrection » de connaissance autour de ses récits marginalisés ?
5. Est-ce que je mets l'accent sur les significations à la place des faits ?
6. Suis-je en train d'évaluer cette personne ou est-ce que je l'invite à évaluer un large domaine de choses (par exemple comment la thérapie marche, quelles sont les directions préférées dans sa vie) ? Suis-je en train de situer mes avis dans mon vécu personnel ? Suis-je transparent quant à mon contexte, mes valeurs, mes intentions, de façon à ce que cette personne puisse évaluer les effets de mes préjugés ?

7. Suis-je bloqué dans un raisonnement « pathologisant » ou normatif ? Suis-je en train de définir les problèmes de mon point de vue ou à partir du point de vue de mon patient ? Est-ce que je me tiens à l'écart des hypothèses d'experts ou des théories ?

L'ensemble de ces questions invitent le thérapeute narratif à adopter une posture réflexive sur sa propre pratique. Plutôt que de se faire croire que ses intentions altruistes sont à l'écart des questions relatives aux rapports de pouvoir dans la société, il est invité à s'interroger sans cesse sur ce que ses interventions véhiculent de pression normative.

Le style relationnel que le thérapeute narratif veut promouvoir, (à l'écart des pressions normatives et des discours dominants) a un intérêt tout particulier pour des populations de personnes souffrant d'addiction. D'une part parce que c'est une population qui est souvent stigmatisée et que la stigmatisation, c'est l'oppression d'un récit dominant sur des modes de vie minoritaires. D'autre part, l'idéal d'abstinence comme modèle dominant vient souvent empêcher de concevoir des orientations de vie construites à partir d'autres choses que la présence ou l'absence du produit, qui pourrait être l'absence ou la présence d'enthousiasme, de rêves, d'ambition, d'aspiration, en somme de préférences de vie.

Les personnes souffrant d'addictions sont fréquemment abreuvées de discours sociétaux mono histoire du type : « L'alcoolisme est une maladie chronique dont on ne guérit pas. On peut au mieux être un alcoolique abstiné » La conception multi histoires encouragée par la perspective de la thérapie narrative me paraît être particulièrement pertinente car elle permet d'envisager d'avoir souffert d'addictions à un moment de sa vie et de ne pas en souffrir à d'autres, elle permet de considérer de nombreuses formes de rétablissements possibles.

Les alter narrations pour reprendre l'expression d'André Grégoire consistent à substituer des « narrations de normalisation » par des « narrations de préférences » et ce faisant on permet aux personnes de se reconnecter avec leurs valeurs existentielles, avec ce à quoi elles ne voudraient pas déroger, ce qui augmente le sentiment de cohérence, le sentiment de faire avec sa vie des choses qui ont du sens.

#### Courriel :

Rodolphe.Soulinac@hcuge.ch

#### Bibliographie :

Michael White, David Epston, *Les moyens narratifs au service de la thérapie*, Satas, 2003

Michael White, David Epston, *Les Pratiques Narratives*, Satas, 2009

Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975

Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique* : Gallimard, 1961

Freedman, J., Combs, G., *Narrative therapy : The social construction of preferred realities*, Norton edition New York, 1996

Gilles Deleuze et Félix Guattari, *Mille Plateaux*, éditions de minuit, 1980

André Grégoire, L'approche narrative : la narration au cœur des systèmes humains in *L'approche systémique en santé mentale*, Montréal presses universitaires de Montréal, 2008

Sarah Walther et Maggie Carey, Thérapie narrative, différence et possibilité : convier de nouveaux devenirs, publié en langue anglaise in *Context - The magazine for family therapy in the UK*. Vol. 105 Octobre 2009

La prochaine formation à la thérapie narrative à Genève débute en mars 2014 pour infos et inscription : [www.relancerrelationnelle.ch](http://www.relancerrelationnelle.ch)

**Formation  
continue**



**Hes.so**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé | EESP | Lausanne, vous informe des formations postgrades qui débiteront prochainement :

#### **CAS en conception et direction de programmes d'insertion**

Début de la formation : 9 octobre 2014  
Chefs de projet : Philippe Beuret et Daniel Lambelet

#### **CAS d'intervenant socio-éducatif en milieu ouvert et dans les familles**

Début de la formation : 3 novembre 2014  
Cheffes de projet : Déa Evêquoz et Anne-Françoise Pont

#### **CAS en case management**

Début de la formation : 1er mai 2014  
Chef de projet : Pierre Gobet

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

**[www.eesp.ch/ufc](http://www.eesp.ch/ufc) - Tél. : 021 651 03 10**

**[formation.continue@eesp.ch](mailto:formation.continue@eesp.ch)**

**eéesp**

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne  
haute école de travail social et de la santé · Vaud



# ADDICTION, ADDICTUS ET ADDICTIO

Jean-Yves Guillaumin, Professeur à l'Université de Franche-Comté, Besançon

Retourner aux racines du mot addiction invite à un voyage dans l'Antiquité, où l'on découvre que le terme avait déjà plusieurs usages et des sens figurés proches pour certains de ce que l'on connaît aujourd'hui. (réd.)

## ÉTYMOLOGIE LATINE

Comme le *Dictionnaire étymologique de la langue latine* d'A. Ernout et A. Meillet traite de *addicere* (verbe correspondant au substantif *addictio*) dans l'article intitulé \**dix, dicis* : -dex, -dicis : dico, dicere où il regroupe tous les termes latins qui font partie de la famille de *dicere* (communément compris comme « dire »), on ne peut pas s'attendre à de longs développements sur le cas particulier de *addictio*. Du moins cet ouvrage rappelle-t-il d'abord que le premier sens du radical latin est celui de « montrer » : à la racine indo-européenne originelle \**deik-*, porteuse de cette signification, on peut effectivement faire remonter aussi le grec *deiknumi* « montrer » dont il existe de nombreux héritages en français (« déictique », « épideictique », « apodictique »). Alors que le verbe signifie « montrer » dans les autres langues, il s'est spécialisé en latin (*dico, dicere*) dans le sens de « montrer ou faire connaître par la parole, dire ».

Il a encore, dans beaucoup de ses emplois latins, un caractère solennel et technique, et c'est un terme de la langue religieuse et de la langue juridique : *multam dicere* est « prononcer une amende », *diem dicere* « fixer un jour devant le tribunal », etc. Ensuite, comme il arrive souvent, il y a eu affaiblissement du sens dans la langue commune, et *dicere*

est passé au sens de « dire ». Cependant, sa valeur technique est encore perceptible dans tous les composés avec un préfixe : *condicere* est « conclure un arrangement » (c'est pourquoi la *condictio* est l'accord des parties sur une date pour comparaître ensemble devant le magistrat) et *indicere* est « déclarer », par exemple « la guerre » : on aurait encore *edicere* « proclamer un édit » (*edictum*), « proclamer », « imposer » : mais on a un exemple très approprié à la présente étude dans le couple d'opposés formé par *abdico* « refuser d'adjudger », « refuser d'accorder », en face de *addico, addicere* « adjudger », « accorder ». D'ailleurs le verbe *addico* fait partie de la série des trois verbes formulaires et solidaires (les *tria uerba*, disent les Latins) qui expriment techniquement et solennellement la sentence du préteur : *do dico addico*, « je donne, j'indique, j'accorde ». Bref, comme le dit la fin de l'article du *Dictionnaire étymologique*, si la racine indo-européenne signifiait « montrer », le radical latin *dic-* qui en est issu « a servi à désigner des actes sociaux de caractère juridique ».

## L'ADDICTUS ESCLAVE POUR DETTE

*Addicere* et *addictio* sont donc des mots à valeur technique qui font partie du vocabulaire juridique : le verbe signifie « adjudger dans une vente aux enchères » : ce qui est adjudgé peut être une chose, et dans ce cas on dit *addicere aliquid alicui*, « adjudger quelque chose à quelqu'un » : mais il s'agit plus spécialement, en droit romain, d'adjudger la personne même du débiteur au créancier, et alors il s'agit d'*addicere aliquem* (« quelqu'un ») *alicui* (« à quelqu'un »). Le participe passé de *addicere* « adjudger » est *addictus* « adjudgé ». Cet « esclave pour dette » qu'est l'*addictus* est bien présent dans la littérature latine, dès la comédie de Plaute (*Les Bacchis*, v. 1205). Plaute, dont le théâtre fait souvent mention des *addicti*, avait même écrit une comédie (perdue) qui s'intitulait *l'Addictus*, au dire du commentateur très tardif de Virgile connu sous le nom de Servius Danielis, qui en cite le titre et un fragment à propos du v. 124 de la première *Géorgique*. Au I<sup>er</sup> s. avant J.-C., l'encyclopédiste Varron cite comme relevant de la famille de *dicere* le mot *addictus*<sup>1</sup>, que l'on retrouve ensuite chez Tite-Live en plusieurs passages<sup>2</sup>, chez le philosophe Sénèque<sup>3</sup>, chez Aulu-Gelle<sup>4</sup>...

Un *addictus* devient donc comme un *seruus*. Sa condition, dit G. Humbert<sup>5</sup>, est celle d'« un débiteur dont l'attribution à son créancier a été juridiquement prononcée ».

Il a avoué sa dette, mais n'a pas payé dans les trente jours le montant de la condamnation : alors, saisi par le créancier, il est conduit devant le magistrat, qui prononce *l'addictio* (« adjudication ») au profit du créancier, lequel peut détenir l'*addictus*, à partir de ce moment, *in carcere priuato*, « dans une prison privée ». Après un nouveau délai de soixante jours, s'il n'a trouvé personne pour payer à sa place, l'*addictus* peut être tué par le créancier ou vendu en esclavage. On peut même, aux termes de l'antique Loi des XII Tables prise à la lettre, le couper en morceaux s'il y a plusieurs créanciers. Quand l'*addictus* est vendu, il devient esclave de droit et son patrimoine devient propriété du vendeur. Tout cela, donc, aux termes de *l'addictio*, « adjudication par sentence du préteur ». On voit qu'au sens technique précis, *addicere* met en jeu une relation entre deux individus.

1. Varron, *La langue latine* 6, 61.

2. Par exemple *Histoire romaine* 6, 36, 12.

3. Sénèque, *Les bienfaits* 3, 8, 2.

4. Aulu-Gelle, *Nuits attiques* 3, 3, 14.

5. G. Humbert, dans le *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines* de Daremberg et Saglio (art. *addictus*).

**Il y a toute une série d'intermédiaires, emplois figurés de l'addictus et de l'addictio,...**

La seule (mais importante) différence entre la condition de l'*addictus* et celle du *seruus* « esclave » est que le premier pourra recouvrer sa liberté quand il aura payé sa dette : c'est ce que rappelle encore Quintilien<sup>6</sup>, à la fin du I<sup>er</sup> s. après J.-C. : car la loi romaine dit : *addictus donec soluerit seruiat*, « que l'*addictus* soit en esclavage jusqu'à ce qu'il s'acquitte de sa dette ».

## L'ADDICTUS AMOUREUX : OUVERTURE VERS D'AUTRES « ADDICTIONS »

Il n'est pas indifférent de noter que la notion d'*addictus* a été, dans le monde romain lui-même, réutilisée de façon figurée pour parler de la relation entre l'amoureux et sa maîtresse. Il s'agit d'une innovation importante puisqu'un statut de nature juridique est ainsi récupéré et gauchi pour exprimer la dépendance sans rémission ni échappatoire de l'homme soumis aux désirs de l'amour. C'est, me semble-t-il, le poète latin Properce qui, le premier et dans une formulation qui restera originale, voit dans l'amant un *addictus*, et le qualifie effectivement de ce terme à deux reprises dans l'ensemble de son œuvre. « Une seule journée a suffi à te porter en tête de la course des amoureux. Ce qu'elle a allumé en toi, c'est un incendie violent : reprendre ton orgueil passé, elle ne te l'a pas permis, elle ne te le permet pas : ce feu te mènera comme un *addictus* »<sup>7</sup>. Puis : « Pourquoi t'étonner si une femme mal-mène ma vie et traîne sous un homme son pouvoir comme un *addictus* ? et pourquoi porter mensongèrement contre moi de dégradantes accusations de lâcheté, parce que je ne peux briser son joug et rompre ses chaînes ? »<sup>8</sup>.

Écrits dans la 2<sup>e</sup> moitié du I<sup>er</sup> s. avant J.-C., ces textes sont en un certain sens des textes pionniers : c'est la première fois que l'amant est vu comme un *addict(us)*. Il y a d'ailleurs, sous la plume du même Properce, une troisième occurrence de *addictus* avec une signification imagée assez comparable, bien qu'elle nous entraîne dans une direction légèrement différente. Le poète parle, cette fois, de Cléopâtre, sa contemporaine : « à quoi bon rappeler le déshonneur par lequel une femme a récemment enchaîné nos armes, et, souillée au milieu de ses serviteurs, réclamé comme salaire d'un mariage obscène<sup>9</sup> la ville de Rome et les sénateurs rangés sous ses ordres en *addicti* ? »<sup>10</sup>.

Certes, nous reconnaissons dans l'image une *addictio* à connotation politique : Cléopâtre souhaiterait voir le Sénat de Rome, en face d'elle, dans la situation juridique des *addicti* : mais avec une telle femme les allusions au domaine amoureux ne sont jamais loin.

6. Quintilien, *Institution oratoire* 7, 3, 26.

7. Properce 1, 13, v. 25-28, avec *addictus* au v. 28 : *una dies omnis potuit praecurrere amantes / nam tibi non tepidas subdidit illa faces, / nec tibi praeteritos passast succedere fastus, / nec sinet / addictum te tuus ardor aget.*

8. Properce 3, 11, v. 2 : *quid mirare meam si uersat femina uitam / et trahit addictum sub sua iura uirum / criminaque ignaui capitis mihi turpia fingis / quod nequeam fracto rumpere uincla iugo ?*

9. Il s'agit de son mariage avec Antoine.

10. Properce 3, 11, v. 32 : *quid modo quae nostris opprobria nexerit armis / et famulos inter femina trita suos / coniugii obsceni pretium Romana poposcit / moenia et addictos in sua regna patres ?*



Photo : Isocphoto

Quant à la honteuse soumission à un ennemi (dépendance, esclavage, abandon forcé de la personnalité) qui se lit dans cette phrase, on la retrouve, de nouveau exprimée par le recours au terme *addictus*, dans l'*Histoire Auguste*, ensemble de biographies impériales du IV<sup>e</sup> s., dont certaines contiennent des éléments de fiction : dans un passage de la *Vie de Commode*, l'auteur de la biographie stigmatise l'attitude honteuse d'un empereur romain (ici, exactement, le propre fils du grand Marc Aurèle) se soumettant aux lois dictées par l'ennemi : *bellum etiam quod pater paene confecerat legibus hostium addictus remisit ac Romam reuersus est*, « quant à la guerre que son père avait presque achevée, il la suspendit, se livrant (*addictus*) aux lois édictées par les ennemis, et rentra à Rome »<sup>11</sup>.

## EXTENSIONS ROMAINES DES EMPLOIS DE ADDICTUS : GOINFRIERIE ET AUTRES DÉFAUTS

La voie est ouverte : après avoir désigné chez Properce les dérèglements de l'amour, la notion d'« indiction » va s'appliquer aux autres plaisirs et aux autres vices. Et d'abord à ceux du ventre (*gula*, d'où vient le français « gueule »), solidaires de ceux du sexe : « nous réprouvons ceux qui se vouent (*indictos*) à la goinfrierie et à la débauche », écrit dans la 2<sup>e</sup> moitié du I<sup>er</sup> s. après J.-C. le philosophe Sénèque<sup>12</sup>. Deux cent cinquante ans plus tard, le chrétien Lactance lui fait écho : « ceux qui sont ainsi *addicti* et esclaves des plaisirs éteignent la force et la vigueur de leur âme et, croyant profiter au mieux de la vie, se hâtent à grande allure vers la mort »<sup>13</sup>. Ailleurs, il évoque le sort post mortem des âmes « esclaves des désirs et des passions de la chair » (*carnis desideriiis*

11. *Histoire Auguste, Vie de Commode* 3, 5.

12. Sénèque, *Lettres à Lucilius* 124, 3 : *improbamus gulae ac libidini addictos.*

13. Lactance, *Institutions divines* 6, 1, 9 : *sic addicti et seruientes uoluptatibus uim uigoremque mentis extinguunt et cum uiuere se maxime putant, ad mortem concitatissime properant.*

ac libidinibus addictae)<sup>14</sup> qui ne sauraient, aux termes de la doctrine stoïcienne, accéder à une immortalité de béatitude. Ainsi sont mises en rapport les notions d'addiction et d'auto-destruction.

L'empereur Caligula, selon Suétone, était « addict » aux courses de chars dans le cirque, et c'était spécialement un supporter enragé de l'écurie des Verts : *prasinæ factioni ita addictus et deditus ut cenaret in stabulo assidue et maneret*. Henri Ailloud, dans la CUF, traduit un peu faiblement le redoublement de termes *addictus et deditus* : « il était si profondément attaché à la faction des cochers verts, qu'il dînait et séjournait continuellement dans leur écurie »<sup>15</sup>. « Profondément attaché », sans doute : mais le latin dit exactement qu'il était *addictus et deditus*, « addict et entièrement livré » à cette passion. D'autres, à notre époque, sont semblables « addicts » à la chose footballistique, par exemple.

Mais on peut aussi être « addict » à l'astrologie : c'était, selon le même Suétone, le cas d'un prédécesseur de Caligula, l'empereur Tibère, « d'une parfaite indifférence à l'égard des dieux et des choses de la religion, car il était esclave (*addictus*) de l'astrologie, et profondément convaincu que tout est mené par le destin... »<sup>16</sup>. Inutile de souligner combien cette addiction aussi a résisté au temps.

Par extension encore, ce genre d'« addiction » peut être, dans certains textes latins, non plus seulement celle d'un individu, mais celle d'un groupe considéré en tant que tel. Nous venons de rencontrer Caligula et sa passion des courses du cirque : mais à la fin du IV<sup>e</sup> s., l'*Histoire Auguste* a pu parler de l'État romain lui-même comme « addict » au théâtre et au cirque. Il s'agit d'un projet de conjuration, et c'est la considération finale qui nous intéresse : « mais comme ils ne pouvaient s'emparer du pouvoir si Gallien restait en vie, ils décidèrent de l'attirer dans le piège que voici — leur but était d'écarter un fléau aussi impudent de la direction du genre humain, au moment où l'État était accablé sous les maux, et d'empêcher que l'État, livré au théâtre et au cirque (*theatro et circo addicta*), continuât de dépérir victime de la séduction des plaisirs »<sup>17</sup>.

## ADDICTUS DANS LA MALADIE DE L'ÂME

Du vocabulaire de l'analyse des passions dans lequel ont pris pied les termes d'*addictus* et *addictio*, on glisse tout naturellement à celui de la médecine quand elle s'attache à l'étude de la « maladie de l'âme », et l'on peut lire chez Celse des considérations dont la tonalité est tout à fait moderne : ce médecin (qui écrivait dans la 1<sup>ère</sup> moitié du I<sup>er</sup> s. après J.-C., sous l'empereur Tibère) utilise le terme *addictus* dans son

exposé sur la maladie qu'il nomme (en reprenant un terme grec) *phrenesis*, forme aigüe de délire : « mais il y a frénésie lorsqu'il y a continuité dans le délire, lorsque le malade, bien qu'il ait encore du sens, accueille pourtant des imaginations chimériques : elle est complète quand l'esprit est totalement asservi (*addicta*) à ces imaginations<sup>18</sup> » : comment mieux traduire la dépendance désespérée du patient à l'égard de ses obsessions, forme d'aliénation comparable, en un sens, à celle de l'*addictio* aux passions ? Les considérations médicales rejoignent alors les considérations des moralistes.

## L'ADDICTIO DE SOI-MÊME

*Addictio* bien involontaire, sans doute, que celle de la maladie, mais, de manière à première vue paradoxale, l'emploi figuré du terme, avec un pronom complément réfléchi (se *addicere* = « se dédier, se vouer, s'abandonner »), est attesté dès le latin classique, suggérant donc une forme volontaire d'« addiction ». Chez Virgile, on voit un Grec ancien compagnon d'Ulysse, demeuré au pays des Cyclopes, se précipiter vers les bateaux troyens pour « se livrer » (*se addicere*) à leurs occupants quels qu'ils soient : *omnia conlustrans hanc primum ad litora classem / conspexi uenientem. Huic me, quaecumque fuisset, / addixi : satis est gentem effugisse nefandam*, « promenant partout mes regards, j'ai aperçu pour la première fois une flotte, la vôtre, qui venait à la côte. Je me suis livré (*me addixi*) à ses hommes, quels qu'ils fussent être. Il me suffirait d'avoir échappé à cette race abominable »<sup>19</sup>. Cicéron parle de son propre attachement au sénat en ces termes : *senatus, cui me semper addixi*, « le sénat, auquel je me suis toujours dévoué »<sup>20</sup> : il est très clair que Cicéron n'a jamais été vendu pour le bénéfice du Sénat et à cause de torts financiers qu'il aurait faits à cette institution : l'*addictio* dont il parle est tout à fait volontaire, c'est lui-même qui a choisi de se dévouer corps et âme au Sénat et à ses intérêts. Dans un contexte péjoratif et avec une valeur du mot dont on peut retrouver quelque chose dans les emplois d'« addiction » par les langues modernes, on voit Sénèque, dans une des célèbres lettres qu'il adresse à Lucilius en tant que « directeur de conscience », parler d'une *mens hebes et quae se corpori addixerit*..., « un esprit émoussé et qui s'est livré au corps »<sup>21</sup> : on reconnaît la critique envers celui qui, par faiblesse philosophique et morale, se laisse dominer par les instincts et les comportements les plus bas, dont il devient littéralement l'esclave. De même lit-on, mais inversement, chez le même auteur dans une autre lettre au même Lucilius : *omnia autem honesta fient, si honesto nos addixerimus*, « tout deviendra un bien, si nous nous livrons au bien... »<sup>22</sup> : ici, c'est paradoxalement une démarche volontaire que cette *addictio* aux valeurs du bien, et dans le terme

14. Lactance, *Institutions divines* 7, 20, 8.

15. Suétone, *Vie de Caligula* 55, 2.

16. Suétone, *Vie de Tibère* 69, 1 : *circa deos ac religiones neglegentior, quippe addictus mathematicae plenisque persuasionis cuncta fato agi...*

17. *Histoire Auguste, Vie des deux Galliens* 14, 5, trad. St. Ratti, CUF : *sed cum imperium capere uiuo Gallieno non possent, huius modi eum insidiis adpetendum esse duxerunt, ut labem inprobissimam malis fessa re publica a gubernaculis humani generis dimouerent, ne diutius theatro et circo addicta res publica per uoluptatum deperiret inlecebras.*

18. Celse, *De la médecine* 3, 18, 3 : *phrenesis uero tum demum est, cum continua dementia esse incipit, cum aeger, quamuis adhuc sapiat, tamen quasdam uanas imagines accipit : perfecta est ubi mens illis imaginibus addicta est.*

19. Virgile, *Énéide* 3, 650-652, trad. J. Perret, CUF.

20. Cicéron, *Pour Plancius* 39, 93.

21. Sénèque, *Lettres à Lucilius* 71, 14.

22. Sénèque, *Lettres à Lucilius* 95, 43.

il faut voir seulement une acception positive, l'universalité du règne du bien sur une âme entièrement donnée à sa recherche. Une chose, cependant, doit être remarquée dans tous ces exemples, nous le disions plus haut : c'est que le verbe *addicere* y reçoit comme complément un pronom de sens réfléchi, ce qui compose des expressions comme *se addicere* « se vouer », *me addico* « je me voue », *nos addicimus* « nous nous vouons », alors qu'à l'origine il n'y a pas d'autre expression que celle de *addicere* suivi d'un complément *autre* que le sujet lui-même du verbe : l'*addictio* est originellement une action exercée par un personnage X, le sujet, sur un personnage Y, l'objet.

## SYNTHÈSE

Il est courant de dire, et c'est une vérité d'évidence, que l'assuétude dont nous parlons aujourd'hui sous le terme d'« addiction »<sup>23</sup> tire son origine lexicale de l'*addictio* romaine, qui est un terme juridique bien spécifique. Dans les deux cas, il y a aliénation de l'individu et destruction de la personnalité : de la personne juridique chez les Romains : de la personne psychologique dans les acceptions modernes du mot : le fil directeur est visible. Mais cette manière rapide de d'exprimer les choses risque de les simplifier à l'excès. Elle ne dit rien des étapes intermédiaires entre la brutale réalité juridique romaine d'un homme devenu esclave à cause de ses dettes, et la réalité non moins brutale, de nature psychologique cette fois, d'un individu soumis à des attitudes dont il peut sentir qu'elles conduisent à la déchéance, mais dont il ne peut parvenir à se débarrasser, et dont les fâcheuses conséquences peuvent l'affecter du point de vue physique, psychologique, relationnel, familial, social. C'est sur ce point que nous voulions insister. Il y a toute une série d'intermédiaires, emplois figurés de l'*addictus* et de l'*addictio*, par lesquels on passe de l'une à l'autre. Et ce sont les Latins eux-mêmes qui sont à l'origine du processus, car divers emplois figurés, chez eux, n'ont pas tardé à tirer de l'*addictio* juridique des images appropriées pour désigner différentes sortes de « soumission » dans les domaines de la politique, de la vie sociale, et de la vie personnelle. De la situation juridique d'*addictus* on pouvait, chez eux, sortir : il suffisait (!) pour cela de payer sa dette. Sans doute est-il plus difficile de se libérer des addictions contemporaines.

### Courriel :

jean-yves@guillaumin.eu

## ENFANTS DE PARENTS DÉPENDANTS : COMMENT LES AIDER ?

Formation de 2 jours réalisée par Addiction Suisse en partenariat avec le GREA.

Cette formation aborde les conséquences de la dépendance parentale sur le développement des enfants et présente des outils concrets pour leur venir en aide et les soutenir.



## ENFANTS DE PARENTS DÉPENDANTS : COMMENT LES AIDER ?

JEUDI 3 ET VENDREDI 4 AVRIL 2014  
GREA, LAUSANNE

Formation réalisée par Addiction Suisse  
en partenariat avec le GREA



ADDICTION | SUISSE

**GREA**  
GROUPEMENT ROMAND D'ÉTUDES DES ADDICTIONS

23. Peut-être aurait-on pu se contenter en français du mot « dépendance » plutôt que d'avoir recours à « addiction » qui est en réalité... un anglicisme introduit dans notre vocabulaire (l'anglais technique, souvent, fait encore plus grande consommation de latin que notre langue), au point qu'il n'est même pas référencé dans le *Dictionnaire étymologique et historique* de A. Dauzat, J. Dubois et H. Mitterand, 3<sup>e</sup> édition revue et corrigée, Paris, 19711.

# LE MAL DANS LE REMÈDE ?

**Yannis Constantinidès**, agrégé et docteur en philosophie, enseigne la philosophie à Paris et assure des formations en éthique médicale dans différents établissements de santé.

**Cet article retrace la destinée du mot « pharmakon », en explorant les différentes significations qui lui ont été attribuées au cours des siècles, en commençant par Derrida pour revenir à Hippocrate. (réd.)**

Ce texte est dédié à la mémoire de mon père, pharmacien et chimiste.

*Alle Dinge sind Gift, und nichts ohne Gift; allein die Dosis macht, daß ein Ding kein Gift ist*  
Paracelse

Le mot grec *pharmakon* exerce une fascination certaine et compréhensible parce qu'il désigne à la fois le remède et le poison. Le mal serait ici littéralement dans le remède sous forme de menace diffuse, tentation constante. Jacques Derrida a beaucoup insisté sur la versatilité de cette notion dans sa déconstruction minutieuse du *Phèdre* de Platon : « Le propre du *pharmakon* consiste en une certaine inconsistance, une certaine impropriété, cette non-identité à soi lui permettant toujours d'être contre soi retourné »<sup>1</sup>. D'où la difficulté insigne de traduire ce terme, que Derrida maintient tel quel dans *La pharmacie de Platon* tout en s'attachant à en examiner les variantes (*pharmakos*, *pharmakeus*, etc.).

Il était tentant à partir de là de s'appuyer sur cette notion polysémique pour rendre compte du mécanisme de l'addiction, la substance toxique étant aussi un remède au mal-être du « pharmakomane »<sup>2</sup>. Derrida a lui-même initié cette lecture clinique en présentant le *pharmakon* comme un substitut<sup>3</sup>, et de nombreux auteurs, dont Sylvie Le Poulichet<sup>4</sup> et Fernando Geberovich<sup>5</sup>, lui ont emboîté le pas avec empressement.

Ce terme appartient bien au registre de la médecine, mais il est ici élevé au rang de principe général d'explication des troubles psychiques alors qu'il ne désigne au départ que la

banale duplicité d'action du médicament, qui peut guérir autant que nuire. On a aussi tendance à oublier que le *pharmakon* sert de simple analogie à l'écriture chez Platon et qu'il ne vise qu'à en montrer les supposés effets indésirables. Il est donc urgent de démétaphoriser et recontextualiser cette notion, qui est peu à peu devenue un véritable schibboleth, une clef providentielle qui ouvre toutes les serrures.

La grande plasticité du mot *pharmakon* permet en effet d'en faire toutes sortes d'usages. C'est ainsi par exemple que Bernard Stiegler voit dans la technique un *pharmakon*<sup>6</sup>, actualisant en quelque sorte la dénonciation platonicienne de l'écriture. Tout ce qui souffre d'une certaine ambivalence (la télévision, Internet, etc.) est qualifié un peu rapidement de *pharmakon* : c'est même le nom d'une nouvelle revue, qui traite des « manifestations contemporaines du religieux »<sup>7</sup> !

Mais si tout est *pharmakon*, rien ne l'est plus vraiment. Le terme grec est abusivement réifié et n'a plus qu'un lointain

rapport avec la pharmacologie proprement dite. Il est devenu un commode « objet transitionnel », qui permet à quelques penseurs contemporains d'articuler les réalités les plus diverses, de manière parfois incongrue<sup>8</sup>. Tous l'ont d'ailleurs sans surprise déniché dans l'officine

de Derrida, dont le texte sur Platon, souvent abscons pourtant, sert de référence unique sur la notion. Or, Derrida ne s'intéresse, dans ce qui n'est après tout qu'un commentaire personnel du *Phèdre*, qu'au « signe *pharmakon* »<sup>9</sup>, à la métaphore plus qu'à la chose même, fidèle en cela à Platon.

***Le remède peut parfaitement se trouver dans le mal, et le poison et l'antidote (...), bien qu'opposés, participent au fond de la même nature***

1. *La pharmacie de Platon*, texte d'abord paru en 1968 dans la revue *Tel Quel* et repris dans *La Dissémination*, Paris, Seuil, p. 136.

2. Ce terme est proposé par le psychologue belge Didier Robin, qui le trouve plus adéquat que « toxicomane », le mot grec *toxikon* ne désignant que le poison (dont on enduit une flèche). Cf. « Santé mentale et toxicomanie. L'insoutenable fidélité du « pharmakomane » », in *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17, Bruxelles, De Boeck, octobre 2001, p. 155-166.

3. Voir Jacques Derrida, « Substitutions », intervention au Centre médical Marmottan reprise dans *Toxicomanie et devenir de l'humanité*, ss dir. C. Olievenstein, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 81-108.

4. Cf. *Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du désir*, Paris, PUF, 1987.

5. Cf. *No satisfaction. Psychanalyse du toxicomane*, Paris, Albin Michel, 2003.

6. Voir Bernard Stiegler, « Questions de pharmacologie générale. Il n'y a pas de simple *pharmakon* », *Psychotropes*, n°s 3-4, vol. 13, Bruxelles, De Boeck, 2007, p. 34 (le texte de Derrida est mentionné en note).

7. Voir <http://pharmakonrevue.com/>

8. C'est Bernard Stiegler qui identifie le *pharmakon* à l'objet transitionnel de Winnicott dans l'introduction de *Ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue. De la pharmacologie* (Paris, Flammarion, 2010). La « pharmacologie » de cet auteur est une sorte de couteau suisse aux applications multiples et surprenantes, comme en témoigne sa récente *Pharmacologie du Front national* (Flammarion, 2013).

9. Cf. *La Pharmacie de Platon*, op. cit., p. 113.

Il ne s'attarde guère sur le sens premier, sans doute trop terre à terre à ses yeux, du mot, courant dans la littérature grecque depuis Homère pour désigner le remède artisanal, la potion plus ou moins magique. Il arrivait évidemment que l'on administre délibérément du poison en lieu et place du philtre destiné à guérir, mais les médecins de l'Antiquité n'empoisonnaient selon toute vraisemblance leurs patients que par mégarde, en croyant bien faire. On précise d'ailleurs en général qu'il s'agit de poisons ou, littéralement, de remèdes empoisonnés (δηλητηρίων φαρμάκων<sup>10</sup>).

Les Grecs, on le voit, étaient bien moins troublés que nos penseurs post-modernes par l'ambiguïté du *pharmakon*, qui n'a en soi rien d'extraordinaire. Un remède empirique peut se révéler efficace ou mortel : tout dépend en somme de l'« idiosyncrasie » (la constitution particulière) du malade qui l'ingurgite et de la dose. De même, personne ne s'émeut particulièrement aujourd'hui à l'évocation des effets indésirables de médicaments qui sauvent pourtant des vies. Que ce qui guérit (la plupart) puisse aussi nuire (à quelques-uns) n'est pas exactement une révélation fracassante...

Le *pharmakon*, médicament ou drogue alors ? La frontière est là encore difficile à tracer puisqu'un médicament peut être détourné de son usage habituel, mélangé à d'autres, etc. Le fait que l'on qualifie encore la pharmacie de *drugstore* dans les pays anglo-saxons le montre assez. Ce type d'ambiguïté est plutôt de l'ordre de l'anecdote, comme dans le cas du mot *Gift*, qui veut dire « cadeau » en anglais et « poison » en allemand. Il est évidemment difficile de résister à la tentation d'élaborer à partir de cette consonance une théorie du cadeau empoisonné, mais cela reste au fond un simple rapprochement linguistique<sup>11</sup>.

Quitte d'ailleurs à parcourir le spectre de sens du mot *pharmakon*, on se demande pourquoi Derrida n'accorde pas vraiment d'attention au chant, à la formule magique – les remèdes psychologiques pour ainsi dire – alors qu'il consacre de longs développements au *pharmakos*<sup>12</sup>, le bouc émissaire. C'est sans doute parce que ce dernier thème est bien plus stimulant pour un philosophe<sup>13</sup> que d'inoffensives incantations. Quant au troisième grand sens de *pharmakon* d'après le Bailly, « drogue pour teindre, teinture, fard », il n'est évoqué qu'en passant et de manière un peu forcée<sup>14</sup>, comme si rien ne devait distraire le lecteur de la belle tension dialectique entre remède et poison.

10. C'est le titre grec du traité encyclopédique de Dioscoride, auteur du 1er siècle après J.-C., *Sur les poisons*.

11. Ajoutons, et le fait est moins connu, que *Gift* veut également dire « être marié » en suédois. On pourrait ainsi s'amuser à faire du mariage aussi un *pharmakon* puisqu'on s'unit après tout « pour le meilleur et pour le pire »...

12. Ce mot n'apparaît pourtant pas dans le *Phèdre* ! Derrida en est du coup réduit à justifier de manière alambiquée (cf. *La Pharmacie de Platon*, op. cit., p. 148 : « Mais que veut dire ici absent ou présent ?, etc. ») le fait qu'il en parle quand même.

13. René Girard a par exemple construit tout un système autour de cette figure littéralement centrale du bouc émissaire.

14. Cf. *La Pharmacie de Platon*, op. cit., p. 148, 163 et 175.



Photo : Istockphoto

Derrida s'est en somme inspiré de l'art platonicien de l'allégorie en privilégiant ainsi les formes pures de la pensée au détriment de la pharmacologie réelle, celle des médecins. Il est frappant à cet égard de constater que pas une ligne de cette très longue et parfois laborieuse explication de texte ne porte sur le passage décisif du *Phèdre* qui mentionne la médecine hippocratique tout en s'en démarquant : « Mais la nature de l'âme, interroge Socrate, crois-tu qu'on puisse la connaître de façon suffisante, sans connaître la nature du tout ? S'il faut en croire Hippocrate, ce descendant d'Asclépios, lui répond Phèdre, on ne peut même pas traiter du corps en dehors de cette méthode. »<sup>15</sup>.

Si ce dialogue de Platon est révolutionnaire, c'est bien dans ce glissement subtil de la médecine holiste d'Hippocrate, qui s'intéresse à l'équilibre des humeurs qui composent le corps, à la médecine de l'âme, avec Socrate bien sûr comme père fondateur. Platon met de côté ici les *pharmaka* traditionnels des médecins (plantes médicinales, onguents, etc.) pour se tourner vers des « remèdes » plus substantiels et potentiellement plus dangereux, telle l'écriture qui pallie les lacunes de la mémoire mais rend en même temps passif. C'est l'âme et non le corps qui est alors menacée dans son intégrité.

La « pharmacie » de Platon relève de la sorte plus du cabinet de psychothérapie<sup>16</sup> que de la fabrique de médicaments. Derrida opère, consciemment ou non, la même exclusion des médecins, qui auraient pourtant leur mot à dire sur les *pharmaka* ! Le *pharmakon* est peut-être bien un produit de substitution, mais ce qui est certain, c'est que le signe ou la métaphore a fini par se substituer au vrai *pharmakon*, le banal remède.

15. Platon, *Phèdre*, 270 c.

16. C'est le cas aussi du « quadruple remède » (*tetrapharmakos*) d'Épicure, qui vise à guérir de la peur des dieux et de la mort, et à convaincre que le bien est « facile à obtenir » et le mal « facile à supporter » – à cette grande différence près que le *pharmakon* n'a plus ici de connotation négative.

Laissons donc là cette pharmacologie abstraite pour revenir à la source médicale de la réflexion sur les bons et mauvais usages des remèdes. Car il n'y a pas de *pharmakon* en soi, tout est question de dosage pour les médecins anciens et même pour les alchimistes comme Paracelse, cité en exergue.

On ne peut en tout état de cause étudier sérieusement la notion de *pharmakon* sans faire référence à la médecine hippocratique. On sait qu'Hippocrate s'était fortement opposé à la « médecine » magico-religieuse de son temps qui considérait la maladie comme un châtement envoyé par les dieux. « La thérapeutique, écrit Jacques Jouanna, grand spécialiste du corpus hippocratique, consistait à l'expulser du corps par le *pharmakon* ou remède évacuant, comme le *pharmakos* ou victime expiatoire opérait l'expulsion du mal de la cité. Mais la pensée hippocratique ignore ou refuse toute intervention particulière d'une divinité dans le processus de la maladie et toute thérapeutique magique par les prières, les incantations et les purifications »<sup>17</sup>.

En montrant que toute maladie s'origine dans le corps et qu'il n'y a là rien de sacré ni de divin, Hippocrate entreprenait une salutaire œuvre de démystification. Le fait de tomber malade n'étant plus perçu comme l'expiation d'une obscure faute mais comme l'indice d'un simple déséquilibre naturel, l'illustre médecin donnait déjà congé au *pharmakos*, innocenté et lavé de tout soupçon. Cette nouvelle approche, sobre et rationnelle, avait ainsi l'immense mérite de dédramatiser la pratique médicale et d'ôter précisément aux philtres douteux des apprentis-sorciers de l'époque tout leur charme.

L'auteur du traité intitulé *De l'ancienne médecine* s'en prend de la sorte aux « iatrosophistes » qui promettent de tout guérir, comme par magie, sans tenir compte des limites naturelles de l'art. L'école hippocratique est au contraire consciente qu'un remède est toujours dangereux et qu'il vaut mieux laisser faire la nature lorsqu'on en ignore les effets réels. Il faut par exemple se garder d'intervenir dans les moments de « crise » parce que l'on risque alors de précipiter la mort du patient. Le médecin n'est en ce sens que l'auxiliaire de la nature et il n'administre des remèdes – naturels, cela va sans dire – avec parcimonie que pour restaurer l'harmonie perdue.

La méfiance justifiée d'Hippocrate à l'égard des remèdes/poisons des pseudo-médecins de son temps<sup>18</sup> l'a conduit à mettre l'accent sur le régime de vie adapté (*diata*). Plutôt en effet que de considérer les malades comme des cobayes sur lesquels tester différentes potions, Hippocrate invite à pratiquer l'automédication : c'est à chacun de déterminer empiriquement le mode de vie et le type d'alimentation

qui lui conviennent de façon à éviter les excès nuisibles et les « fautes » de régime. Il n'y a donc pas de panacée, de remède miracle. Le régime qui se révèle bénéfique pour l'un est inadapté ou même mortel pour l'autre. L'ambiguïté est la même que pour le *pharmakon*, qui n'est ni bon ni mauvais en soi.

Les *pharmaka* peuvent néanmoins être nocifs lorsqu'ils modifient radicalement le cours naturel des choses. Les pharmacopoles de l'Antiquité, qui avaient pignon sur rue, vendaient ainsi indifféremment philtres puissants et poisons<sup>19</sup>. D'où la nécessité, déjà, d'une pharmacovigilance ! Si le Serment d'Hippocrate interdit avec autant de fermeté l'administration de poison (*pharmakon*) même à ceux qui en font la demande, et de tout traitement abortif, c'est non seulement par respect de la vie, comme le dit Jacques Jouanna<sup>20</sup>, mais surtout parce que le pharmacien-empoisonneur est alors dans la toute-puissance, loin de la modestie et de la mesure qui siéent au vrai médecin.

La thérapeutique hippocratique par les semblables et les opposés est en revanche une belle illustration de la proximité et simultanément de la distance qu'il y a entre remède et maladie : soit on traite le mal par le mal, à doses évidemment réduites (homéopathie), soit au contraire on en inverse l'effet (allopathie). Le remède peut parfaitement se trouver dans le mal, et le poison et l'antidote (*alexipharmakon*), bien qu'opposés, participent au fond de la même nature. Le choix de tel ou tel remède est dès lors dicté par la condition du patient et sa capacité de résistance.

Inutile donc de mobiliser la métaphysique, comme le fait Derrida, pour rendre compte de la *coincidentia oppositorum* que réalise la notion de *pharmakon* : la chimie suffit. Il faut une fois pour toutes rejeter la croyance en une plate antinomie de valeurs : un remède peut se révéler bon ou mauvais selon l'usage qu'on en fait. Les Grecs ignoraient les oppositions tranchées, définitives, comme le montre cet aphorisme d'Héraclite où *bios* est comme l'écho inversé de *pharmakon* :

Le nom de l'arc est vie<sup>21</sup>, son œuvre est mort.

**Courriel :**  
constantinides@free.fr

17. Jacques Jouanna, *Hippocrate*, Paris, Fayard, 1992, p. 259

18. On retrouve cette même méfiance à l'égard des médicaments chez Andrew Taylor Still, le fondateur de l'ostéopathie et grand pourfendeur de la médecine héroïque du XIXe siècle. Still recommande lui aussi de laisser faire la nature. Lire là-dessus mon ouvrage, écrit en collaboration avec Frédéric Pariaud, *Regards croisés sur l'ostéopathie* (Bruxelles, De Boeck, 2010).

19. Ce qui explique au passage que le même terme désigne à la fois le remède et le poison. Le « remède » pouvait du reste être aussi dangereux que le poison.

20. Cf. Jacques Jouanna, *Hippocrate*, op. cit., p. 185-186.

21. Jeu de mots en grec, βίος voulant dire l'arc et βίος la vie.

## POST-SCRIPTUM

# INTÉGRER LES PROCHES DANS L'ABORD DES ADDICTIONS AUX JEUX D'ARGENT : L'EXPÉRIENCE D'UNE UNITÉ SPÉCIALISÉE EN SUISSE ROMANDE

*Olivier Simon, Neil Ewering, Maude Waelchli, Antonella Luongo, Inga Marmaité, Marianne Tille, Coralie Zumwald, Centre du jeu excessif, Lausanne*

**Cet article décrit les procédures de soins mises en place depuis 10 ans au Centre de Jeu excessif à Lausanne pour intégrer les proches dans le traitement des addictions aux jeux d'argent. Ce bilan permet de dégager également des pistes pour améliorer cette prise en compte des proches, que ce soit au niveau de la formation ou au niveau politique. (réd.)**

**D**ans le champ des addictions aux substances, l'importance d'intégrer les proches à l'offre de soins est aujourd'hui largement reconnue, même si le témoignage des usagers suggère de grandes disparités dans la mise en œuvre (Orford, Templeton & al., 2010 b). En matière de problèmes de santé liés aux jeux d'argent au contraire, la très grande majorité des publications demeure centrée sur l'évaluation d'interventions individuelles, malgré les nombreux appels à investiguer l'efficacité de modèles de thérapie répondant conjointement aux besoins des couples et familles des personnes présentant un jeu excessif (McComb, Lee, Sprenkle, 2009). Une récente étude rétrospective a montré auprès d'un collectif de 4410 personnes traitées pour un problème de jeu excessif que l'existence d'un « *Concerned significant other* » identifié était corrélée avec le critère de réussite des soins, et que sa présence aux entretiens était associée à la rétention en traitement (Ingle, Marotta & al., 2008). Quant au travail en réseau avec l'entourage élargi, comme l'employeur, les services sociaux de première ligne ou encore les services judiciaires, la littérature scientifique en matière de jeux d'argent continue d'être, pour ainsi dire, muette sur ce sujet.

Les conduites addictives liées aux jeux d'argent ont pourtant différentes spécificités qui accentuent l'importance des proches et du travail en réseau. En l'absence de conséquences somatiques ou physiologiques évidentes, ces conduites addictives sont plus faciles à dissimuler que des conduites addictives liées à la consommation de substances psychoactives. La découverte du trouble par l'entourage est susceptible de s'effectuer plus tardivement, comme l'illustre la très faible proportion de personnes concernées par un jeu excessif qui sollicitent effectivement une aide spécialisée, de l'ordre de 2% en Suisse (Osiek, Jermann & al., 2010). L'impact financier potentiellement considérable démultiplie le stress de l'entourage, et ceci entraîne, en dépit d'une mortalité moindre que celle engendrée par

les addictions aux substances, des coûts sociaux totaux d'une ampleur finalement comparable à ceux engendrés par la consommation problématique d'alcool ou de tabac (INSERM, 2008). On estime que pour une personne concernée par un jeu excessif, 5 à 17 personnes de l'entourage vont subir les conséquences négatives du comportement de jeu excessif (Kalischuk, Nowatzki & al., 2006).

L'objectif de cette contribution est de décrire brièvement les procédures de soins mises sur pied dans le cadre de l'Unité spécialisée de l'Hôpital universitaire de Lausanne, dans une perspective éclectique et intégrative visant à offrir des réponses différenciées à trois niveaux : (1) intégrer les proches dans le but d'améliorer l'engagement en soins. (2) intégrer les proches comme ressource dans la prise en charge. (3) répondre aux besoins individuels des proches ou des familles. La typologie des interventions réalisées et des principales observations cliniques au terme des dix années d'activité de l'Unité permettent d'identifier des besoins en matière de formation continue, mais aussi en matière de politiques publiques des addictions.

## STRUCTURE DE L'UNITÉ SPÉCIALISÉE ET PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DES PROCHES DE JOUEURS

Le Centre du jeu excessif de l'Hôpital Universitaire de Lausanne a été créé par l'Etat de Vaud en 2001 dans le contexte du nouveau dispositif législatif LMJ (Loi sur les maisons de jeu, 1998) avec quatre pôles d'activités : prévention, recherche, formation-enseignement et soins. Pour répondre au cadre structurel voulu par le législateur, à savoir l'obligation pour les casinos d'articuler leurs programmes de mesures sociales avec les lieux d'aide spécialisés, un accent particulier a été placé sur la priorité des prestations d'accueil et de mise en réseau précoce,



avec la volonté de proposer à la fois des consultations d'aide et soins spécialisés intra-muros classiques, et des consultations extra-muros, en particulier sur les lieux de jeu. Les consultations se limitant à de l'information ou à des prestations de type motivationnelles sont gratuites : les suivis spécialisés de joueurs ou de proches sont en revanche facturés selon le régime des soins à la charge de l'assurance maladie.

### En amont des demandes d'aide

Dès les premiers appels reçus par l'Unité est apparue une très grande demande d'information de la part des proches, et du matériel à l'attention de l'entourage a été inclus sur les sites web développés par l'Unité [www.jeu-excessif.ch](http://www.jeu-excessif.ch) et [www.stop-jeu.ch](http://www.stop-jeu.ch), avec un flyer intitulé « un joueur parmi vos proches ». Les symptômes courants de codépendance sont explicités. Un accent est mis sur le fait que si le proche est le plus souvent confronté aux effets négatifs du comportement de jeu, le joueur, pour sa part, retient essentiellement les aspects positifs. Des priorités sont suggérées : rétablir en premier lieu la sécurité financière, rompre l'isolement face au problème rencontré, clarifier les limites, désamorcer les pièges liés à la culpabilité et à la banalisation du trouble. Le flyer est accompagné d'un petit questionnaire d'orientation à compléter conjointement entre le proche et le joueur.

### Travail préparatoire téléphonique

Afin d'optimiser le processus d'engagement, une permanence est organisée de manière à garantir aux heures ouvrables une disponibilité immédiate d'une quinzaine de minutes de la part d'un des intervenants cliniques permanents de l'Unité. Le premier entretien téléphonique permet dans ces conditions de réaliser une brève anamnèse centrée sur la compréhension actuelle et les besoins immédiats perçus, le plus souvent matériels, avec un recentrage sur la souffrance ressentie, le plus souvent placée très au second plan, même lorsque des idées suicidaires sont présentes, ce qui se révèle être le cas dans près d'un tiers des demandes d'aide. Que le premier téléphone ait lieu avec un proche ou avec un joueur, l'écoute est d'abord centrée sur la personne appelante et l'anamnèse inclut simultanément la conduite de jeu problématique et la perception du problème par l'entourage.

### Premières consultations

L'Unité est organisée de manière à garantir la disponibilité d'un intervenant sans délai. Outre l'investigation approfondie du motif de consultation, du développement du trouble et des antécédents, une analyse fonctionnelle selon le modèle cognitif-comportemental est réalisée. Les infor-

mations récoltées rejoignent les sept dimensions décrites par Orford, Templeton et al. (2010 a) dans leur guide d'entretien semi-structuré pour le recueil d'informations relatives aux membres de la famille d'un joueur : (1) Contexte socio-culturel de la famille (dont génogramme) : (2) Histoire et nature du comportement de jeu problématique : (3) Effet du comportement de jeu sur le proche consultant et sur la famille dans son ensemble : (4) Historique des tentatives du groupe familial pour canaliser le trouble (dont mesures bancaires et gestion de l'accès à l'argent liquide); (5) Nature du soutien effectif ou potentiel de la part des proches (famille mais aussi voisinage, communauté, environnement professionnel) : (6) Etat de santé et qualité de vie du proche consultant et des autres membres de la famille : (7) Analyse fonctionnelle – perception des problèmes et de leur priorisation.

Lorsqu'un joueur se présente accompagné d'un proche, il est décidé au début de la rencontre dans quelle séquence se dérouleront les temps communs d'entretiens ainsi qu'un temps d'entretien individuel. Le fait de prévoir à la fois un moment d'entretien individuel et un moment d'entretien de couple ou de famille est présenté comme une procédure standard. Si cela n'a pas pu être réglé dès les pré-contacts téléphoniques, un temps de clarification relatif à la confidentialité sera inclus à l'agenda de séance.

***Systematiquement proposée,  
la consultation en présence  
du proche à l'origine de la  
demande d'aide a pu être  
réalisée dans environ 1/3  
des suivis.***

### Suivis familiaux

Sauf refus explicite de la personne consultante, l'accueil et l'investigation prévoient donc systématiquement l'organisation d'une rencontre en présence de personnes significatives de l'entourage. Lorsqu'il s'agira d'associer ces dernières aux efforts mis en place, des consultations avec le ou les proches seront organisées selon une périodicité variable, en moyenne toutes les 3 ou 4 rencontres individuelles, par le même intervenant clinique. Dans le cas de demandes d'aide centrées spécifiquement sur le fonctionnement conjugal ou familial, un second intervenant clinique sera désigné pour engager cette partie du suivi.

### Suivis de proches

Dès lors que la souffrance des proches engendre presque toujours des symptômes anxio-dépressifs latents sinon patents, la prise en charge par l'assurance-maladie ne pose aucune difficulté particulière et le suivi est individualisé en fonction des priorités établies avec le patient lors de l'analyse fonctionnelle des difficultés rencontrées. Les soins les plus courants portent sur les symptômes anxiodépressifs (parfois associés à une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines), l'éventuelle interface avec des services sociaux spécialisés ou non (cas échéant signalement aux services des mesures sociales du casino ou à la justice de paix), et les stratégies de communication dans le couple



Photo: SXC.hu

(techniques d'affirmation de soi). L'Unité n'a pas de file active de proches de joueurs suffisante pour organiser des groupes mais il existe la possibilité de rejoindre des groupes destinés aux proches de personnes alcoolodépendantes, organisés selon le modèle CRAFT-Community reinforcement and family training (pour une revue relative à cette approche, voir Roozen, de Waart & van der Kroft, 2010).

## TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS RÉALISÉES ET OBSERVATIONS CLINIQUES

Depuis son ouverture en décembre 2001, l'Unité a accueilli 557 personnes confrontées à des conduites addictives sans substance dont 476 (85%) personnes confrontées à des conduites addictives liées aux jeux d'argent, pour une file active moyenne annuelle de l'ordre d'une centaine de personnes. Selon les statistiques d'activité (CJE, 2011), dans près de 2/3 des demandes en relation avec les jeux d'argent, les personnes déclaraient avoir été orientées par un proche, le plus souvent un conjoint, à la suite d'une recherche de lieux d'aide spécialisés sur internet. Environ la moitié des demandes d'aide se limite à des interventions psycho-éducatives ponctuelles et l'autre moitié va faire l'objet d'une prise en charge à plus long terme selon les modalités décrites précédemment.

Systématiquement proposée, la consultation en présence du proche à l'origine de la demande d'aide a pu être réa-

lisée dans environ 1/3 des suivis. L'intervention auprès des couples débouche dans près d'un quart des situations à un suivi individuel du conjoint non joueur.

Sur la base de sa mission d'accueil des proches de joueurs, le CJE a également reçu depuis le début de son activité environ 40 personnes demandant d'emblée une aide individuelle. Dans la plupart des cas, les symptômes caractérisant le concept de co-dépendance étaient observés, avec état dépressif, le cas échéant idées suicidaires, des éléments de crise financière aigüe, et des éléments d'analyse fonctionnelle faisant intervenir des cycles hypercontrôle-mensonge-déni, violence verbale voire physique, potentiellement amplifiée par des consommations problématiques d'alcool ou de benzodiazépines. Dans près d'un cas sur trois, ces suivis individuels ont été complétés par des entretiens de couple dans un contexte où la personne présentant des conduites de jeu problématique décidait de consulter de manière différée, passée une période initiale de refus. Quelques personnes ont été orientées sur les groupes de proches basés sur le modèle CRAFT proposés par le service spécialisé d'alcoologie.

Dans leurs feedbacks, les usagers de l'Unité ont insisté sur l'importance de trouver des réponses à leurs problèmes relationnels et émotionnels pour autant qu'on ait répondu en amont à leur problèmes financiers immédiats, et ont rapporté une grande difficulté à obtenir de telles réponses ciblées, tant dans le cadre de consultations de premier recours (médecin de famille, assistante sociale), que des consultations auprès de psychothérapeutes non spécialisés.

## QUESTIONS OUVERTES – CONCLUSIONS

L'expérience du Centre du jeu excessif dans l'abord clinique des proches suggère trois constats :

Le premier concerne la nécessité de promouvoir un effort de recherche, tant sur le plan de l'efficacité des interventions que sur le plan de l'évaluation de programmes, intégrant notamment la satisfaction des usagers.

Le deuxième constat porte sur le haut degré de complexité des interventions, aux limites des soins réalisables dans une institution qui accueille de nombreux collègues en formation. Dans le but d'une meilleure transmission, un effort de développement des ressources doit être entrepris.

Le troisième constat concerne le manque général de visibilité des prestations orientées vers le besoin des proches. Dans le champ du jeu excessif, on note également la quasi-absence d'offres de type auto-support et associations de proches. Des actions de promotion des prestations orientées vers l'entourage devraient constituer une priorité dans le cadre des politiques publiques en matière d'addiction.

**Courriel :**

Olivier.Simon@chuv.ch

**Bibliographie :**

Centre du Jeu excessif (2011, octobre): Rapport d'activité 2009-2010 à l'attention du Service de la santé publique de l'Etat de Vaud. Lausanne : Centre du jeu excessif.

Grant Kalischuk, R./Nowatzki, N./Cardwell, K./Klein, K. K./Solowoniuk, J. (2006): Problem gambling and its impact on families : A literature review. *International Gambling Studies* 6(1): 31-60.

Ingle, P. J./Marotta, J./McMillan, G./Wisdom, J. P. (2008): Significant other and gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies* 24(3): 381-392.

INSERM. (2008): Jeux de hasard et d'argent : contextes et addictions. Paris : Les éditions INSERM.

McComb, J. L./Lee, B. K./Sprenkle, D. H. (2009): Conceptualizing and Treating Problem Gambling as a Family Issue. *Journal of Marital and Family Therapy* 35: 415-431.

Orford, J./Templeton, L./Velleman, R./Copello, A. (2010): Methods of assessment for affected family members. *Drugs : Education, Prevention, and Policy* 17(1): 75-85.

Orford, J./Templeton, L./Copello, A./Velleman, R./Ibanga, A. (2010): Working with teams and organizations to help them involve family members. *Drugs : Education, Prevention, and Policy* 17(1): 154-164.

Osiek, C./Jermann, F./Zullino, D./Ferrero, F./Bondolfi, G. (2010): Taux de prevalence de joueurs pathologiques en Suisse en 1998 et 2006. S 93-97 in : Dunand, C./Rihs-Middel, M./Simon, O. (Hrsg.), *Prévenir le jeu excessif dans une société addictive : d'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique*. Genève : Médecine et Hygiène.

Roozen, H. G./de Waart, R./van der Kroft, P. (2010): Community reinforcement and family training : an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction* 105(10): 1729-1738.

Article paru en allemand in *Suchtmagazin*, 1/2012

## FORMATION PRINTEMPS 2014



### IN MEDIAS : ANIMER UN ATELIER DE DIALOGUE PHILOSOPHIQUE

Approfondir avec les jeunes des questions relatives aux médias électroniques ou à la consommation de psychotropes : c'est ce que propose les ateliers de dialogue philosophique In medias. En donnant la parole aux jeunes et en mettant ainsi l'accent sur le questionnement et l'échange d'idées, on participe au renforcement de leur esprit critique, de leur confiance en eux et de leurs capacités à s'interroger et à se positionner.

#### OBJECTIFS :

- Apprendre à animer un atelier de discussion critique sur une problématique addictive
- Recevoir et exercer les outils pédagogiques nécessaires à cette animation

**DATES :** Lundi 3, mardi 4 mars et lundi 10 mars 2014

### ENTRETIEN MOTIVATIONNEL - NIVEAU 2

Ce module de deux jours est un approfondissement de la pratique de l'entretien motivationnel. Il est réservé aux personnes ayant déjà suivi une première formation à cette technique d'entretien centrée sur la personne.

#### OBJECTIF :

- S'exercer à la méthodologie propre à l'EM

**DATES :** Mercredi 12 et jeudi 13 mars 2014

### APPROFONDIR MES COMPÉTENCES RELATIONNELLES AU TRAVAIL

Aujourd'hui, le stress, les charges croissantes de travail, les multiples responsabilités affectent de plus en plus les relations que le personnel administratif entretient avec la clientèle, ainsi que les rapports professionnels avec ses collègues et sa hiérarchie. Maintenir des relations de qualité tout en faisant face à des situations parfois difficiles demande des compétences relationnelles qui se travaillent, se développent et s'actualisent. Le GREA propose plusieurs thèmes qui seront travaillés en alternant présentations théoriques et mises en situation tirées de l'expérience professionnelle des participant(e)s.

#### OBJECTIFS :

- Acquérir des outils communicationnels et relationnels
- Etre capable de prendre des initiatives dans les limites de sa fonction et de son cahier des charges
- Apprendre à mieux se connaître et à s'affirmer
- Savoir faire face aux situations conflictuelles ou stressantes et apprendre à en parler

**DATES :** Les vendredis 14 et 28 mars, 4 avril, 2, 16 et 23 mai, 6 et 20 juin 2014

### RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET PRÉVENIR LES OVERDOSES

Cette formation concerne la réduction des risques liés à la consommation de substances psychoactives et lie aspects théoriques et pratiques : entraînement sur mannequin, réflexion sur des cas concrets à l'aide de vignettes, mise en situation sous forme de jeu de rôle. Elle permet aux participants d'acquérir des gestes et des comportements adéquats dans la perspective de les transmettre aux usagers en phase de consommation active.

#### OBJECTIFS :

- Connaître les effets des substances psychoactives
- Etre capable de prévenir les overdoses
- Repérer les situations limites et urgentes afin d'intervenir et de relayer
- Acquérir des gestes de réanimation

**DATES :** Lundi 24 et mardi 25 mars 2014

### ENFANTS DE PARENTS DÉPENDANTS : COMMENT LES AIDER ?

FORMATION RÉALISÉE PAR ADDICTION SUISSE EN PARTENARIAT AVEC LE GREA

Les enfants vivant avec un ou deux parents dépendants sont souvent pris dans des schémas familiaux douloureux. Connaître cette problématique et savoir comment leur venir en aide influencent positivement leur trajectoire de vie. Au travers d'exercices, de mises en situation et d'échanges, les participants acquièrent des connaissances sur ce sujet délicat. Ils saisissent les conséquences de la dépendance parentale sur le développement de ces enfants et s'approprient des outils concrets pour leur venir en aide et les soutenir.

#### OBJECTIFS :

- Comprendre le processus qui mène au développement d'une addiction
- Savoir aborder un parent dépendant en mettant l'enfant au centre
- Offrir des clés pour soutenir les enfants de parents dépendants
- Connaître le réseau d'aide de sa région
- Acquérir des bases légales pour intervenir

**DATES :** Jeudi 3 et vendredi 4 avril 2014

### SUPERVISION À L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel est un outil qui nécessite un apprentissage régulier. Cette journée de supervision vise à aider les praticiens de l'EM à améliorer leur posture et à s'enrichir des expériences de collègues.

#### OBJECTIFS :

- Améliorer la pratique de l'entretien motivationnel
- Echanger ses expériences

**DATE :** Mardi 29 avril 2014

Info et inscriptions | [www.grea.ch](http://www.grea.ch) | 024 426 34 34

# IMPRESSUM

**Adresse des éditeurs**

Addiction Suisse  
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA  
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

**Rédaction :**

Corine Kibora, Addiction Suisse  
Jean-Félix Savary, GREA

**Comité de rédaction :**

Pierre-Yves Aubert  
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève  
Barbara Broers  
médecin, Service de médecine de premier recours, HUG, Genève  
Etienne Maffli  
psychologue, Lausanne  
Renaud Stachel  
responsable pédagogique, Lausanne  
Ann Tharin  
adjointe scientifique, EESP, Lausanne  
Frank Zobel  
adjoint de direction, Addiction Suisse

**Administration et abonnements :**

Claude Saunier  
Addiction Suisse  
CP 870  
1001 Lausanne  
tél. 021 321 29 85  
fax 021 321 20 40  
csaunier@addictionsuisse.ch

**Parution**

3 fois par an

**Abonnement**

Suisse : Fr. 45.- par an  
Etranger : Fr. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

**Photos**

SXC.hu  
Istockphoto

**Ligne graphique**

SDJ.DESIGN  
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

