

DÉSIR DU PATIENT

DÉSIR DU SOIGNANT

SOMMAIRE

Construit avec la numérotation de page de la barre d'outils du logiciel

Prologue : Roland RITAINE (Médecin)	P. 4
Besoin, Désir, Demande : trois formes du manque Emmanuelle CARPENTIER (Psychologue) François SARASY (Médecin).....	P. 5
Désir du Patient - Désir du soignant Muriel MANSSSENS (Psychologue)	P. 9
Histoire de Mme L. Nathalie HELLIN (infirmière)	P. 11
Sentiment de sécurité comme condition d'émergence du désir Muriel MANSSSENS (Psychologue).....	P. 13
Histoire de Monsieur D. Marie Claude LAURENT (Aide Soignante).....	P. 14
Histoire de Monsieur H. Christine BAROIS (Infirmière).....	P. 17
Objectif thérapeutique = émergence du désir Muriel MANSSSENS (Psychologue).....	P. 20
L'entretien soignant Nathalie HELLIN (Infirmière).....	P. 21
Engagement du soignant dans le temps Muriel MANSSSENS (Psychologue).....	P. 23
Les soins du corps Martine LEROY (Médecin).....	P. 24
Projection des désirs soignants Muriel MANSSSENS (Psychologue).....	P. 26
Histoire de Mr C. P. Nathalie HELLIN (Infirmière).....	P. 27
DÉSIR DU PATIENT– DÉSIR DU SOIGNANT Comment nous rejoindre dans une dynamique de soins Marie Joseph RUYS (Cadre de Santé).....	P. 30
Les Ateliers Thérapeutiques Bruno DOLLE (Aide Soignant).....	P. 31
Le Photolangage Christine BAROIS (Infirmière) - Sandy BOSMA (Psychologue).....	P. 32
L'Atelier Senteur Mélanie MAZUY (Infirmière).....	P. 35

VERTUS THÉRAPEUTIQUES DE CES ATELIERS À LA LUMIÈRE DES
THÉORIES DE WINNICOTT SUR LES PHÉNOMÈNES TRANSITIONNELS
Muriel MANSSENS (Psychologue).....P. 37

L'Atelier Écriture

Pascale GOURAUD (Infirmière) Françoise DASSONVILLE (Aide Soignante).....P. 40

Transition

Marie Claude LAURENT (Aide Soignante).....P. 44

Réflexions d'équipe

Mélanie MAZUY (Infirmière).....P. 45

Conclusion

Martine LEROY (Médecin).....P. 48

En épilogue

« Du désir d'en sortir au besoin de grandir » Témoignage (Jacques D. A.A.).....P. 50

Bonjour à tous,

L'équipe du service d'alcoologie du centre hospitalier de Saint Omer est heureuse de vous accueillir aujourd'hui dans ces murs pour cette demi-journée du GRAA.

Aujourd'hui avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire nous avons choisi d'aborder la question du désir.

Nous avons bien conscience que nous ne ferons pas le tour de la question en une après-midi....mais c'est un questionnement qui revient fréquemment au sein de nos différentes unités : clinique ; liaison ; CCAA ; tabacologie .

En effet , après que le patient ait pu mettre un peu de distance avec l'alcool, que les soignants ait pu s'affranchir de classer, diagnostiquer, d'étiqueter ces mêmes patients, comment leur permettre de devenir ou redevenir des sujets désirants ?

Sujets désireux de vivre, désireux d'être libre, indépendants, autonomes, désireux d'être accompagnés par des professionnels alors que tout ou partie d'eux même est inféodé à l'alcool.

C'est assurément ce qui suscite chez nous soignants tant d'envies, de projets, de désirs par procuration ...

Pressés de les voir évoluer, désireux de les sauver, n'anticipons nous pas trop parfois ?

La relation soignant-soigné n'est-elle pas faite de ces tentatives de trouver la bonne distance, ni trop près de nos désirs de soigner, ni trop loin de leur manque à désirer ?

Les activités thérapeutiques, les différents lieux de soins proposés, permettent-ils à chacun de se retrouver sujet désirant ?

Comment dans une dynamique de soins, réajuster nos désirs, nos projets au plus près des envies et des possibilités de chacun ?

Emmanuelle Carpentier psychologue au CCAA et François Sarasy nous éclairent sur la notion du désir.

Besoin, Désir, Demande : trois formes du manque

Emmanuelle CARPENTIER (Psychologue)

François SARASY (Médecin)

Parler du désir, c'est nous ouvrir à la question incontournable portant sur la façon dont notre désir, en tant que soignant, est engagé par rapport à l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool. C'est aussi s'ouvrir à la question portant sur la façon d'amener ces personnes à s'interroger sur leur propre désir. L'acte addictif n'a-t-il pas pour effet immédiat de ne pas se laisser faire l'expérience du manque et par conséquent d'empêcher le mouvement du désir lequel se manifeste dans la demande adressée à autrui ?

Mais qu'est-ce que c'est le désir ?

Nous n'avons pas la prétention d'expliquer ce qu'il est pour la philosophie ou la psychanalyse, travail complexe qui n'est pas le but de cette journée. Néanmoins, réfléchir à cette inépuisable question nous amène à distinguer le désir du besoin.

Le désir n'est pas le besoin qui se caractérise par ce qui est nécessaire à l'existence, à la conservation ou au développement d'un être vivant ou de l'espèce: respirer, boire, manger, dormir, se reproduire, etc. Il apparaît de manière cyclique ou sporadique suivant l'horloge biologique de l'organisme.

Le besoin caractérise un certain état de l'organisme : c'est un état de tension généré par une privation, un manque, tension qui ne peut s'apaiser que par l'appropriation d'un objet spécifique, unique : par exemple le besoin de manger, par de la nourriture. Le besoin disparaît en se satisfaisant complètement. Ce qui est en cause dans la satisfaction du besoin, c'est l'intégrité du vivant, l'intégrité de la vie biologique.

Chez l'homme, à côté de ces besoins vitaux s'identifieraient d'autres besoins qui participeraient à son épanouissement comme les besoins sociaux ou encore les besoins culturels, spirituels qui sont une extension abusive de la notion de besoin avec une confusion entre besoin et désir.

Qu'en est-il pour le désir ?

Étymologiquement, le désir est le « Désiderium » qui signifie disparition de l'astre ». Ce Désiderium se déroule en trois parties :

Première partie : l'astre est présent, on possède l'objet du désir

Deuxième partie : l'astre disparaît, on a détruit l'objet du désir

Troisième partie : l'astre réapparaît.

Ce qui veut dire que la possession de l'objet entraîne sa destruction provoquant un manque qu'il faut combler. Un désir chasse l'autre. Il ne peut se satisfaire complètement car aussitôt exaucé, il renaît sous une autre forme et change d'objet (il n'a pas d'objet réel puisqu'il est manque fondamental, originel ; il appartient au monde du fantasme). Il apparaît insatiable parce qu'il semble ne pas savoir ce qu'il veut. Si le désir pouvait se satisfaire complètement, il s'éteindrait. D'ailleurs qu'espère le sujet désirant ? Ce n'est pas de ne plus jamais désirer, c'est plutôt de désirer toujours et de n'en jamais finir avec la satisfaction.

On pourrait caractériser le désir comme tension vers un objet que l'on se représente comme source possible de satisfaction ou de plaisir.

Besoin et désir s'expriment par une demande : qu'est-ce qu'une demande ?

Pour tenter de répondre à cette question, il est nécessaire de nous tourner -tout de même- vers la psychanalyse, sans prétendre être complet, loin de là, dans notre présentation (je fais l'impasse sur de nombreux concepts).

A la suite de Freud, pour lequel, je cite : «le désir naît d'un réinvestissement psychique d'une trace mnésique de satisfaction (cf. première expérience de satisfaction) liée à l'identification d'une excitation pulsionnelle » (in L'interprétation des rêves), Lacan poursuit la conceptualisation de la notion de désir en psychanalyse. Il différencie ces trois notions : le désir, le besoin et la demande.

Je le cite : « le désir s'ébauche dans la marge où la demande se déchire du besoin ». Écrits.

De quelle façon la demande se «déchire » t'elle du besoin ?

Son modèle s'appuie sur l'hypothèse d'une première expérience de satisfaction vécue par l'enfant (moment historique de maturation) :

En (très) résumé :

- L'enfant se trouve dans un état de tension provoqué par le besoin : il a faim, il gesticule et il pleure. A ce moment là, il s'agit d'un «pur be-

soin » dans le sens où l'enfant va recevoir un objet (de la nourriture) sans qu'il le cherche et pour lequel il n'a pas encore de représentation psychique. A ce moment là, il n'y a aucune intentionnalité de l'enfant dans ses manifestations corporelles.

- Néanmoins, la mère interprète (leur donne sens) ces pleurs et répond, à ce qu'elle suppose comme une demande, en lui donnant le sein (le biberon). Le besoin se trouve complètement satisfait. Avec la répétition de l'expérience de satisfaction, l'enfant va découvrir deux choses : en pleurant, il demande et il demande de la nourriture. Donc, la réponse de la mère crée la demande.
- Mais la mère lui donne le sein plus quelque chose d'autre : regard, caresses, paroles, amour... en d'autres termes ses propres désirs à elle. C'est un «en plus de jouir qui va au-delà de la satisfaction du besoin ». Bientôt, l'enfant devient capable de différencier le «sein nourriture » du sein signifiant l'amour, signifiant la relation et il va demander tantôt l'un, tantôt l'autre. La demande est donc double, à la fois demande de satisfaction d'un besoin et demande de «l'en plus » qui est demande d'amour : Citons Lacan : « L'homme désire car la satisfaction de ses besoins passe par l'appel adressé à un autre, cet appel se fait demande, demande d'amour ».

Et cet appel connaît des ratés. Inévitablement, il arrive que la mère (par exemple en cas de fatigue) réponde à la demande avec le «sein nourriture » alors qu'elle est appelée au «sein relation ». Cela donne une perte, une frustration qui crée un vide, un manque dans la demande et cela crée du désir.

De demande en demande, l'enfant va chercher à retrouver la satisfaction telle qu'elle s'est donnée à lui lors de cette expérience de satisfaction originaires sans jamais la retrouver. Il y a toujours une différence qui fait que la demande se creuse de plus en plus. Et l'enfant devenu adulte, cherchera à combler ce vide dans la quête d'un objet éternellement manquant (objet a = objet du désir et objet cause du désir) avec une multitude d'objets réels (autrement dit d'objets substitutifs du désir) susceptible de le satisfaire totalement, de le combler.

Cette conceptualisation nous permet de mieux cerner la notion de demande qui recèle une dimension (le vide) à laquelle on ne peut pas répondre. Dans la demande adressée à l'autre, il y a ce qui se dit

explicitement (le besoin) et ce qui se dit implicitement (le désir), c'est-à-dire ce qui se « mi-dit » comme le formule Lacan.

Si nous nous donnons les moyens, comme aujourd'hui, de prendre du temps pour partager nos expériences et réfléchir aux difficultés et aux questions inhérentes à l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool, c'est bien parce que nous reconnaissons nos propres manques dans notre désir de soignant.

Soigné et soignant sont les deux protagonistes d'une relation dans laquelle le désir de l'un et de l'autre se trouve engagé. Le soignant peut méconnaître son désir à l'égard du patient (ce dernier les déclenche, lourdeur de la demande...), par exemple désir d'autonomie, de guérison, d'adaptation, d'abstinence,... Ils risquent alors de devenir les objectifs (les vecteurs) du soin, de devenir en quelque sorte de « bons objets » de désir que le patient devraient s'approprier pour accéder au « bien-être ». Or, il nous arrive d'accompagner des personnes en situation de précarité qui après avoir retrouvé un travail, un logement n'arrivent pas à les tenir : POURQUOI ?

Bien sûr, ces situations nécessitent que nous répondions d'abord à la demande étayée sur des besoins essentiels qui, satisfaits, permettront peut-être de travailler à l'élaboration de l'implicite dans la demande et de prendre en compte le désir. Encore faut-il que la réponse comporte un vide, un « Que veux-tu ? » dont les patients pourraient se saisir à leur tour... (Travail de désaliénation).

Comment se rejoindre dans une dynamique de soin ? entre autre en prenant soin de la demande ?

DÉSIR DU PATIENT- DÉSIR DU SOIGNANT

Muriel MANSSENS (Psychologue)

Lors d'un premier contact, d'un premier entretien avec le patient nous avons tous à cœur d'entendre sa demande.

Qu'attend t'il de cette rencontre, qu'espère t'il de nous, quel est son désir ?

Le travail quotidien de soignant auprès de personnes alcooliques nous apprend vite que ce désir est rarement élaboré psychiquement dès la première rencontre, et que par conséquent sa demande est difficilement formulable dans ces conditions.

Absence de demande de soins alcoolologiques ou demande d'une autre nature :

En effet, pour formuler une demande de soins alcoolologiques, faudrait-il déjà être mesure d'en éprouver le désir.

Or, le psychisme de nos patients plus ou moins bien « colmaté » par l'alcool leur laisse t'il la possibilité de désirer quoi que ce soit ?

N'attendons nous pas d'eux quelque chose qui ne peut advenir pour l'instant en tout cas

Pourtant la demande est là, puisqu'ils sont présents ici, avec nous, pour une visite du service, un entretien, une consultation...

Mais n'y aurait-il pas souvent malentendu à propos de cette demande ?

Nous, soignants, sommes prêts à entendre une demande qui se voudrait désir de soins, alors qu'en réalité le patient semble plutôt nous demander de le protéger, ou le sécuriser.

Que faire de ce malentendu ?

L'éclairer d'emblée, c'est risquer de briser ce lien si fragile qui commençait à se créer.

Accepter ce malentendu comme « une demande de soins en devenir », c'est permettre à la personne d'élaborer à son rythme sa propre demande. Beaucoup de récits seraient susceptibles d'illustrer ce propos. Nathalie Hellin, infirmière en unité d'alcoologie de liaison depuis 6 ans, a choisi de vous présenter l'histoire de Mme L.

Mme L.

Nathalie HELLIN (Infirmière)

Je me souviens de Mme L pour qui je suis appelée en chirurgie. C'était le 07 février 2002. Elle vient d'avoir un accident de la route alors qu'elle conduisait avec une alcoolémie à 4g. Elle était avec ses enfants qui sont légèrement blessés mais très choqués.

L'équipe soignante me la présente comme une mère indigne de ce nom puisqu'elle a mis en danger la vie de ses enfantsle jugement est très sévère de leur part.

Quand je rencontre Mme L, elle me raconte son parcours avec une enfance difficile, peu d'amour parental, une histoire d'abus sexuel en toile de fond, l'alcool qui arrive puis un mari violent à qui elle a voulu échapper. C'est pour cette raison qu'elle conduisait alcoolisée me dit-elle. Elle me parle de ses ATCD de fracture ce qui appuie la version de la femme battue.

Dans ma représentation c'est une femme en danger qu'il faut protéger de ce mari violent.

Le lien se crée avec elle. Elle est volubile, s'épanche sur sa situation.

La sortie est prévue pour le lendemain.

Je lui propose donc plusieurs possibilités d'aides immédiates et un peu plus tardives.

A ma surprise, elle les met toutes en échec.

Même l'écoute téléphonique apparaît comme impossible. Je sens bien qu'elle est en train de s'opposer à ces solutions parce qu'elle a ses raisons pour que son système de vie se poursuive encore un peu ainsi. Je la quitte donc un peu inquiète en lui laissant juste les coordonnées. C'est un minimum mais je respecte. Je sais bien que c'est une patiente que je reverrai.

Dans cette 1^{ère} approche avec Mme L, 3 désirs apparaissent :

Celui de l'équipe soignante de chirurgie qui pense à la protection des enfants vis à vis de l'alcoolisation de la mère.

L'équipe de liaison travaille sur la mise en sécurité de Mme L par rapport à la violence du conjoint. Et enfin le désir de la patiente qui veut faire en-

tendre sa situation de victime et légitimer ainsi son alcoolisation. Force est de constater que le désir d'entrer dans les soins alcoologiques n'apparaît nulle part.

Nous aurons l'occasion de revoir Mme L en liaison dans des contextes d'alcoolisations aiguës qui l'amènent aux urgences mais au fur et à mesure qu'elle va nous parler de ce qu'elle vit, elle se raconte un peu moins comme une victime de son mari-violent et un peu plus comme une personne qui crie comme elle peut, qu'elle existe, une personne qui aimerait se sentir utile et occuper la place qui lui revient. Au fur et à mesure des entretiens, le lien va se créer et Mme L, finalement, nous sera adressée en unité clinique par son médecin traitant qui prendra rendez-vous pour elle.

La patiente va reporter plusieurs fois ce RDV de consultation mais le 15/01/2005 elle rencontre le médecin du service pour la 1^{ère} fois. Plusieurs hospitalisations feront suite à cette consultation, à chaque fois suivies de réalcoolisations quasi-immédiates. Cette période va durer 2 ans.

L'unité de liaison aura une nouvelle fois l'occasion de rencontrer Mme L dans le cadre d'entretiens soignants programmés à la suite d'un séjour en hospitalisation.

Elle s'y présente non alcoolisée, dans une démarche de recherche de travail et positive son avenir.

De la distance semble avoir été prise avec l'alcool mais aussi avec le système familial perturbé qu'elle nous a maintes fois décrit.

Elle existe.

On évoque plus du tout les violences conjugales. De mon côté j'ai vraiment l'impression que cette patiente a retrouvé sa dignité de personne et il ne me vient pas à l'esprit de réévoquer avec elle l'attitude de son mari.

On retrouve donc une patiente qui a pu cheminer dans sa demande initiale qui se transforme maintenant en une demande d'accompagnement de son abstinence et aussi de réflexion autour de sa problématique alcool.

Il aura fallu que la patiente et les soignants aménagent pendant un temps leurs désirs respectifs autour des demandes exprimées, pour que les soins puissent s'installer et amener Mme L vers une qualité de vie meilleure avec l'abstinence comme moyen.

Sentiment de sécurité comme condition d'émergence du désir

Muriel MANSSENS (Psychologue)

L'histoire de Mme L en témoigne, certains de nos patients nous apparaissent tellement en état de survie permanent que notre intervention auprès d'eux consiste d'abord à les apaiser, leur offrir un espace protégé où leur pensée peut à nouveau s'organiser et s'exprimer.

En effet, Michèle MONJAUZE nous dit « le désir est une motion déjà élaborée, qui implique un dépassement des angoisses primitives d'autoconservation avec lesquelles les alcooliques sont toujours aux prises » (dans la problématique alcoolique).

L'institution agirait alors de façon symbolique comme un « Moi peau prothèse » dans laquelle nos patients se sentiraient psychiquement soutenus, portés, contenus, protégés d'excitations et d'émotions trop fortes et ingérables pour eux.

En dehors de l'institution, ils semblent inconsciemment donner cette même fonction de protection aux acteurs sociaux qui sont souvent présents en nombre autour d'eux : tutelles, assistantes sociales, éducateurs mais aussi médecine du travail, conseillers d'insertion et de probation. Une fois et une fois seulement ces fonctions du Moi peau, défailtantes au départ, un tant soit peu restaurées ou plutôt même créées, alors nous pourrions « attendre » d'eux que leur capacité de désirer soit efficiente. Elle peut prendre beaucoup de temps.

C'est le cas pour Mr D, accompagné par les différentes unités depuis presque 10 ans.

C'est M-Claude LAURENT, aide soignante de l'unité clinique qui va vous le présenter.

Monsieur D.

Marie Claude LAURENT (Aide Soignante)

Mr D est âgé de 51 ans, il est marié père de 4 enfants, il travaille en usine. Ses loisirs sont la pêche, le jardinage, collectionne les poissons rares en aquarium, était musicien accompagnant un groupe de majorettes. De petite corpulence, parfois en retrait, il se montre bon élève envers l'équipe soignante tout en contenant ses émotions.

Il adhère à toutes les activités proposées faisant même faire ses thèmes à ses enfants lors de ses sorties thérapeutiques.

Dans son histoire de vie il nous raconte qu'à l'école primaire l'institutrice le tenait par la main ce qui le rassurait et lui donnait l'impression de ne pas se sentir abandonné.

Il est suivi depuis 1998, suite à plusieurs hospitalisations aux urgences, pour tentative d'autolyse alcool-médicaments.

Dès la 1^{ère} consultation il évoque l'alcoolisme de sa femme « Docteur, il faut que je vous dise, ma femme elle boit, je voudrai qu'elle se soigne ». Puis « je suis mieux à l'usine que chez moi, on peut parler ».

Sa demande est de diminuer ses consommations.

Au cours des hospitalisations il évoque ses difficultés dans son autorité parentale à gérer les problèmes familiaux et son incapacité à les régler concrètement.

Deux de ses fils ont des conduites anti-sociales, sa fille de 16 ans a ramené son copain vivre à la maison.

Cela génère en lui, colère, frustrations jusqu'au passage à l'acte de boire ou de tentative d'autolyse. « Je fais cela pour leur faire peur ».

Son désir est de se trouver en sécurité et d'avoir l'écoute des soignants. Des entretiens soignants sont programmés il se présente alcoolisé mais se lâche dans la confiance sur ses relations conjugales et sa vie de couple fortement perturbée.

Il nous est arrivé de vouloir le protéger. En effet un soir suite à un conflit, il s'est présenté le pied bandé prétextant une entorse. Il était fortement alcoolisé et paraissait submergé.

Nous avons décidé de le sécuriser en l'orientant vers les urgences pour un nuit.

Nous sommes interpellés par sa grande fragilité un jour le médecin le valorise en lui faisant remarquer qu'il le trouvait mieux, qu'il n'avait pas fait de tentative d'autolyse depuis un an, le lendemain il tente de se suicider.

Au décours du suivi il rencontre des problèmes au travail et demande un garde fou pour maintenir l'abstinence. L'Espéral lui a été prescrit, ainsi qu'un accompagnement par la médecine du travail, des hospitalisations séquentielles avec un contrat et un suivi au CMP.

Pour des raisons médicales il arrête la prise d'Espéral et se réalcoolise. Son épouse est hospitalisée pour un accident vasculaire cérébral, il nous demande de la rencontrer pour une prise en charge alcoologique : « c'est dur de voir sa femme boire ». Il est très anxieux et inquiet pour elle,, l'alcool renforce le lien entre les époux.

Pour répondre à sa demande, l'unité de liaison rencontre cette dernière, met en route des entretiens de couple, tente d'amener Mme vers les soins.

Mr D l'a même conduit au CCAA à son insu sans aboutir à aucune prise en charge.

Suite à cela nous avons mis en place des visites à domicile par le CMP pouvant apporter un regard extérieur sur la famille.

Nous essayons de ramener Mr D à sa propre démarche en programmant des hospitalisations séquentielles et séances de relaxation au CCAA.

Mr D est toujours en difficultés dans rôle du père par rapport à la toxicomanie du fils, se sont associés des problèmes sociaux, l'annulation de son permis de conduire, l'endettement. Il sollicite à plusieurs reprises l'aide des assistantes sociales de l'unité clinique et de l'usine, est en demande de repères plus précis ce qui abouti à une demande de dossier de surendettement et mise sous curatelle qui a été refusée.

Avec le temps, des liens se créent avec les soignants, les hospitalisations programmées sur ses temps de repos, la reprise de l'Espéral traitement

pris au CCAA, le jour de repos ou à la médecine du travail sur son poste de travail, lui permettent de déposer, se poser, d'être sécurisé et maintenir l'abstinence.

« Je suis mieux en alcoologie que chez moi on peut parler ».

A la dernière hospitalisation il avait ramené un morceau de papier griffonné par son fils, celui-ci exprimait le désir d'en finir avec la vie « il me dit ne vous inquiétez pas je vais pas me suicider si je suis contrarié »

Avant sa sortie il avait écrit « lettre à mon fils » il lui exprimait, avec ses mots, l'aide qu'il aimerait lui apporter.

Nous avons l'impression d'être médiateur dans sa vie.

La fonction du service est de lui recréer un lieu sécurisant où il se sent reconnu et valorisé à travers le regard des soignants. Pour être sûrs que nos désirs se rencontrent nous avons mis en place tout ce qui a été possible.

Tout au long de notre prise en charge notre désir de soignants a été de le protéger.

Le sien nous intègre dans sa vie cherchant à travers nous des solutions à tous ses problèmes aussi bien sociaux que familiaux.

A travers nous, il a trouvé la seule écoute.

Son désir qu'on ne l'abandonne pas actuellement nous le tenons par les mains, comme son institutrice sans nous autoriser à la lâcher.

Monsieur H.

Christine BAROIS (Infirmière)

MR H entre dans notre service en août 2006 après un transfert des urgences pour un sevrage.

En effet MR H devait être opéré du genou, suite à une consultation de pré-anesthésie, il a présenté un syndrome de sevrage et a été orienté vers les urgences.

Au départ, l'hospitalisation prévue que pour quelques jours a été prolongée à sa demande : « j'avais des tremblements, j'ai dit stop ».

Mr H, 47 ans, marié, 3 enfants, travaille dans une entreprise de la région. Il nous explique que sa femme tient un café depuis 2003 et cela n'arrange pas les choses. Ils se sont endettés pour ouvrir ce commerce. Elle travaille 15 heures par jour.

A l'entrée, il a l'air d'un « chien battu », submergé par ses problèmes. MR H semble toujours triste, l'image qu'il nous renvoie, sa détresse, nous incite à désirer pour lui, on doit le porter ! il ne parle pas spontanément de ses problèmes, au décours de l'hospitalisation, on apprend que le couple est en difficulté, sur le point de se séparer.

MR H assimile ses problèmes financiers et familiaux à la reprise de son commerce. Il nous dit qu'il consomme avec les clients pour aider à faire du chiffre d'affaire.

Tout ce qu'il désire c'est retrouver sa vie d'avant, il en oublie son problème alcool, il est nostalgique de sa vie de famille. Il s'efface, laisse son épouse et les problèmes envahir sa vie. Son désir ne semble pas correspondre à la réalité. Sa femme souhaite divorcer.

Au travers des objectifs du séjour, on veut l'aider à retrouver l'estime de lui-même, à se confronter aux difficultés conjugales et extérieures, à planifier une intervention du genou afin de reprendre son activité professionnelle (à l'époque en arrêt de travail depuis 6 mars) et surtout à lui faire prendre conscience de son problème alcool.

Mr H est resté abstinent jusque décembre 2006, il a subi une intervention du genou et vit chez sa mère.

Concernant son épouse, elle semble faire marche arrière face à la procédure du divorce. Ce qui conforte alors Mr H dans une éventuelle reprise

de la vie commune. Il est d'ailleurs retourné vivre chez elle quelques temps.

Cependant, l'inactivité, les problèmes affectifs et financiers ont nettement favorisé la réalcoolisation.

La deuxième hospitalisation se fait dans l'urgence, transféré de Boulogne après une chute dans un contexte d'intoxication éthylique aiguë. L'équipe, alors dans le désir de le mettre à distance de ses problèmes pour une meilleure réflexion sur sa problématique alcool, lui propose une post-cure à Lorient pour une aide au maintien de l'abstinence. Dans l'attente de cette post-cure, on veut maintenir le lien avec une prise en charge au CCAA, des RDV soignants et une future date d'hospitalisation, si pas de reprise de travail effective.

La post-cure n'a pas été réalisée, il a arrêté les démarches de divorce car cela mettait en difficulté financière son épouse.

Au mois de mars, Mr H a été admis aux urgences à 2 reprises adressé par le médecin du travail.

Dit s'alcooliser car ne pouvant répondre aux besoins d'argent de son épouse.

Une hospitalisation suite à une injonction de la médecine du travail est programmée en avril.

Le discours de Mr H reste inchangé, il s'investit peu dans les soins.

Pour l'aider à se recentrer sur la réalité et ses alcoolisations l'équipe propose des éthylotests réguliers à la sortie et au CCAA.

Mr H nous semble passif dans sa prise en charge. Il attend de nous des solutions à tous ses problèmes « que feriez-vous à ma place ! ». Au cours du mois de mai, il y aura d'autres alcoolisations, il nous explique qu'il n'arrive pas à s'abstenir de boire.

Grâce à l'alcool, il oublie ses problèmes. Il s'anesthésie avec ce produit pour ne plus souffrir.

Il annule de plus en plus ses RDV. Il nous demande de lui trouver un « garde fou », notre inquiétude grandit.

Le lien se perd peu à peu avec le service et l'équipe, toutefois il maintient des RDV médicaux.

Aujourd'hui il est sous espéral, travaille de nouveau, vit occasionnellement avec son épouse

Comment peut-on expliquer cette rupture avec le service, le CCAA ?

La précarité affective de MR H a t'elle nuit à son désir de soins étant donné qu'elle l'a placé dans une problématique de survie et de besoins essentiels.

A t'on été trop intrusif dans notre désir à l'aider a être abstinent ?

Notre désir a t'il été trop violent ? alors que le sien était seulement émergent.

Objectif thérapeutique = émergence du désir

Muriel MANSSENS (Psychologue)

Notre objectif thérapeutique est donc d'accompagner et de sécuriser le patient, de créer avec lui les conditions psychiques pour qu'un désir de soins et de vie puisse émerger, pour que le bien être soit enfin éprouvé.

Pour cela, nous cheminons avec lui, au gré de ses rendez-vous manqués, ses réalcoolisations, parfois ses passages à l'acte, autant d'indices qui nous permettent de saisir là où il a besoin d'être étayé.

Chaque accompagnement est singulier, même atypique, tant nous avons à inventer et réinventer pour nos patients en mal d'idées.

Les différentes unités du service d'alcoologie (Unité d'Alcoologie Clinique, Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie, unité d'Alcoologie de Liaison) disposent pour cela de multiples outils thérapeutiques (communs pour certains, spécifiques pour d'autres).

L'entretien individuel avec le patient est celui dont va vous parler Mme HELLIN Nathalie, infirmière en unité d'alcoologie de liaison.

L'entretien soignant

Nathalie HELLIN (Infirmière)

L'entretien soignant, un temps pour entrevoir le sens de ce que le patient nous donne à entendre, à voir, à pressentir.

Des comportements, des actes, des mots, des silences, des non-dits, du déni, nous accueillons ce qui vient à cet instant et tout ceci va éveiller chez nous des réactions, des mécanismes de pensée qui vont teinter ce premier entretien.

Chaque soignant va ainsi réagir à travers le filtre de sa propre machine à penser.

Certains patients nous disent tellement que tout va bien, que la vie est belle sans alcool qu'ils nous enferment ainsi dans leur bonheur de dire autrement qu'en fait tout va mal.

En entretien nous pressentons ces choses, nous aurions tellement envie de leur faire part de nos doutes quant à leur réel bien être mais pourtant il nous arrive de nous taire, de respecter cette étape.

Cependant au fond de nous, une idée est née : faire évoluer la confiance avec ce patient afin qu'il puisse s'autoriser à dire, s'autoriser à aller bien, vraiment.

Le désir du soignant ferait presque partie pendant un temps du désir du patient.

Quand celui-ci, trop déprimé ne peut avoir aucun désir, même pas celui de vivre, ou bien encore quand il ne se permet pas de l'exprimer parce que la confiance lui manque : il a besoin que nous croyons pour lui, en un projet afin de pouvoir se projeter dans notre désir, s'y accrocher et mobiliser finalement les ressources nécessaires à son aboutissement.

En liaison nous savons bien que les patients que nous voyons aux urgences ont besoin que nous ne leur lâchions pas la main. Que quelqu'un au moins continue à y croire. Et si ce quelqu'un c'était nous, soignants ?

Ils nous disent parfois « Je vais arrêter mais pas maintenant. Quand j'aurai déménagé, quand j'aurai réglé mon problème financier... ».

Et puis un jour ...ça y est !

Ils sont aux urgences. Eux d'habitudes qui étaient si pressés de sortir (là pour le coup ils avaient au moins ce désir). Cette fois, ce sont eux qui attendent notre passage, nous réclament même parfois.

A l'issue de l'entretien ils vont accepter un RDV de consultation et devant l'étonnement de tous ils s'inscrivent dans ce que nous appelons « les soins alcoologiques ».

« Je vous l'avais dit qu'un jour j'arrêterai »

Oui il nous l'avait dit mais il aura fallu une succession d'évènements, de paroles, d'actes, du temps aussi pour que ce désir authentique de soins puisse émerger. Il aura fallu également que côté soignant, on ne se décourage pas et que patiemment on continue à tisser le lien.

Et puis avant de parler du désir de se soigner, il aura fallu satisfaire d'autres désirs peut être plus primaires mais ô combien importants : trouver un logement sécurisant, se séparer d'un conjoint ou trouver l'âme sœur, verbaliser des évènements...

Tout un cheminement que soignants et patients font ensemble en admettant parfois de ne pas comprendre, de ne pas savoir...

Engagement du soignant dans le temps

Muriel MANSSSENS (Psychologue)

Est-il possible d'évoquer le désir de soins de nos patients sans vous parler de notre désir de les soigner, sans se poser la question de notre engagement avec eux dans les soins ?

S'il est nécessaire de faire la part entre leurs désirs et les nôtres, ce que nous nous efforçons de faire au cours de nos groupes Balint, il serait arbitraire et artificiel de parler des uns sans les autres.

Parce que la force et la conviction de notre désir de les soigner étayent dans les premiers temps des soins la fragilité de leur désir de se sevrer.

Notre engagement de soignant est d'abord un engagement dans le temps. Ainsi la relation thérapeutique pourra être sécurisante pour le patient qui sait qu'il peut y avoir recours à tout moment sans risquer de la perdre.

Notre rôle est donc d'assurer une présence dans la relation, de façon indéfinie, une sorte de contrat à durée indéterminée, dont la fin est possible mais non fixée à l'avance.

Le sevrage ne représente qu'un point de départ dans ce cheminement d'où le désir de l'équipe soignante de le rendre le plus supportable ou alors le moins désagréable possible.

Le Docteur LEROY va nous parler de cette étape délicate des premiers jours d'hospitalisation pour sevrage.

Les soins du corps

Martine LEROY (medecin)

Le patient bénéficie, comme dans tous les services de l'hôpital, lors de l'admission, d'un examen clinique et de différents examens complémentaires.

L'état de santé des patients est parfois très précaire à l'entrée, avec une altération de l'état général, des signes de polynévrite... La récupération physique est souvent impressionnante après les 1ers jours de sevrage et permet au patient de rejoindre, à son rythme, le groupe qui part tous les matins faire quelques activités sportives.

Notre désir de soignant est satisfait, enfin partiellement et temporairement.

Même si, médicalement, assurer un sevrage confortable, c'est techniquement la partie la plus facile des soins en alcoologie, pour beaucoup de patients, c'est la 1^{ère} expérience d'abstinence depuis longtemps, et il est important qu'ils en gardent un souvenir positif.

On évoque souvent l'anosognosie de l'alcoolique, alors ces 1ers jours d'hospitalisation consacrés plus spécifiquement aux soins du corps, où l'équipe soignante a simplement le désir (commun à tous les soignants), que le patient aille mieux, est un moment important, il est normal que l'équipe s'en réjouisse et le dise aux patients.

Bien entendu, on ne s'occupe pas que du corps, mais ces soins de nursing sont l'occasion des 1ers échanges, des 1ers liens entre soignants et soignés.

Citation de Catherine P

« Les désirs n'apparaissent que dans un 2^{ème} temps, lorsque le corps est soigné. L'esprit ne s'éveille que lorsque le corps est libéré »

La demande d'hospitalisation est rarement le fait du malade, néanmoins il existe des désirs profonds et sous jacents qui expliquent l'exigence sans borne de l'alcoolique vis à vis des soignants.

« Ils doivent comprendre sans que les désirs soient exprimés »

Dans un service « classique » quand le patient va mieux, c'est le moment où l'on décide de sa sortie, en alcoologie le séjour se prolonge souvent, à croire que notre désir de soignant n'est pas encore satisfait.

Effectivement il y a encore le désir de laisser du temps aux patients, pour réfléchir, prendre du recul, pour partager des activités, des discussions, des expériences avec eux. Leur laisser du temps pour prendre conscience et élaborer des désirs.

Projection des désirs soignants

Muriel MANSSSENS (Psychologue)

Une fois le premier sevrage effectué, la relation soignant-soigné va pouvoir prendre une autre densité.

L'accompagnement a démarré pour un temps indéterminé, un temps qui nous permet, soignants et patients, de faire des projets.

La « Machine à désirer » des soignants se met en route, anticipant et organisant pour mais aussi avec le patient la marche à suivre.

En effet, si ces suivis qui durent, favorisent l'émergence de transferts qui peuvent être thérapeutiques dans la relation patient-soignant, ils font également le lit de nos projections de soignants.

Nous savons qu'une neutralité absolue de notre part risquerait, dans le travail clinique avec les personnes alcooliques, de passer pour une manifestation cruelle d'indifférence voire un aveu d'impuissance.

Et pour cause, ce que nous ressentons face au patient, nos pensées, nos réactions contre transférentielles représentent pour lui une relation d'étayage précieuse de laquelle ses propres désirs peuvent émerger.

Nos parcours d'accompagnement sont faits d'une recherche perpétuelle d'équilibre pour trouver la « bonne distance » ; celle qui ne sera ni trop invasive, ni trop « détachée », pour que la personne sente suffisamment notre intérêt pour elle mais reste maître de ses choix de vie.

Cette « suffisamment bonne distance », c'est celle que nous nous efforçons de trouver avec Mr C qui est accompagné par les 3 unités depuis 9 ans.

Synthèses, groupes Balint à son sujet nous aident au fil du temps à nous repositionner dans la bonne fonction et à analyser le contre transfert maternel tout particulier qu'il suscite tant chez nous.

C'est Nathalie HELLIN qui va vous le présenter.

Mr C. P.

Nathalie HELLIN (Infirmière)

Des cheveux longs, ondulés, casquette invariablement vissée sur la tête, le tee-shirt de NIRVANA (son groupe préféré), cette allure juvénile d'éternel adolescent de 35 ans à l'époque qui nous vient à l'esprit lorsque nous évoquons Pascal dans le service.

Pascal est venu pour la 1^{ère} fois en consultation le 04 août 98, nous apporter d'emblée la violence du suicide de son père lorsqu'il avait 8 ans.

C'est lui qui l'a découvert la gorge tranchée parce qu'il pensait sa femme atteinte d'un cancer de l'utérus alors qu'il ne s'agissait que d'un fibrome.

Pascal nous signifie que lui aussi pourrait commettre un tel geste.

Les alcoolisations sont massives avec des prises de risques, les frustrations sont intolérables pour ce patient qui a été très vite en échec scolaire, a déserté pendant son service militaire et n'a jamais vraiment travaillé.

Il évoque avec amertume le fait qu'il n'a jamais construit de vie professionnelle, ni affective.

Il a toujours vécu avec sa mère alors que ses frères et ses sœurs sont en couple et ont des enfants.

Il décrit sa mère comme dépendante de lui et de l'alcool et nous dira souvent qu'elle l'empêche de venir aux soins. Il semble y avoir un rapport privilégié entre elle, lui et l'alcool.

Ses 1^{er} souvenirs avec l'alcool datent de son enfance où sa grand-mère l'a « initié au rhum ». D'abord pour le réanimer après une chute dans l'eau glacée puis ensuite dans un rituel d'alcoolisation qui persiste toujours aujourd'hui autour de la « mandarine impériale ».

Une hospitalisation est décidée et Pascal sera admis dans le service le 18/08/1998.

Dès son arrivée les signes d'impulsivité vont apparaître et très vite le maintien en hospitalisation va s'avérer impossible.

2 heures après, une sortie devra être prononcée et Pascal repartira chez lui en vélo avec une bouteille d'eau sous le bras et un rendez-vous de consultation.

Il est très mal physiquement et psychologiquement.

Les soignants vont le regarder partir, inquiets de ce qui pourrait lui arriver.

L'instinct maternel des mamans du service s'est réveillé !

En fait, c'était juste histoire de nous faire peur car rien ne va se passer. Il faudra nous y habituer avec ce patient !

Pascal reviendra quelques temps après en hospitalisation et parviendra cette fois à rester 2 jours.

Des consultations suivront et Pascal y déposera toute sa colère, sa peur, son sentiment de dévalorisation, sa phobie sociale....

De nombreuses hospitalisations auront lieu, suivies plus ou moins rapidement de réalcoolisation.

Pascal est de plus en plus inquiet pour son état physique qui se dégrade.

Un diabète apparaît, des pancréatites sont fréquentes. C'est pour soigner ce corps qui s'abîme qu'il vient en hospitalisation.

Sa mère est omniprésente dans son discours. Une relation ambivalente et fusionnelle les unit.

« elle a besoin de moi, j'ai besoin d'elle »

« je vais acheter son alcool, elle m'empêche de venir, je n'ose pas la laisser, j'ai peur qu'elle meure... »

Ce couple mère-fils nous interpelle de plus en plus.

La situation qu'il nous présente nous amène toujours à penser que la solution pour un mieux être serait qu'il prenne son indépendance et c'est sur une séparation d'avec sa mère que nous allons travailler pendant plusieurs années.

Avec l'assistante sociale nous irons même jusqu'à la recherche d'un logement, projet qui sera mis en échec rapidement.

Une réinsertion professionnelle avec remise à niveau sera entamée.

Dans le même ordre d'idée, Pascal effectuera une post-cure dans les Pyrénées, cette fois avec succès et là nous pensions vraiment qu'une prise de distance avec sa mère allait s'effectuer.

Il nous ramènera très vite à sa réalité puisque à son retour il retrouve sa mère mais aussi l'alcool.

Cependant il garde un ancrage très positif par rapport à cette période de post-cure.

La séparation mère-alcool-fils apparaîtrait donc comme possible.

Petit à petit un lien sera fait par les soignants entre ce que la mère de Pascal lui fait vivre et ce qu'elle a fait vivre à son mari.
Elle qui est toujours au centre des inquiétudes de Pascal : elle va se faire opérer ? C'est sûr, elle va mourir.
Il est hospitalisé ? il a peur que les voisins la harcèlent, la fasse boire...
« Je n'ose pas la laisser seule ».
C'est aussi ce même type d'inquiétude qui a poussé le père de Pascal à se suicider, pensant que son épouse allait mourir.

Dans le couple mère-fils, l'identification au père est telle que Pascal ne peut s'autoriser à partir en allant bien.

Au début de notre prise en charge et pendant plusieurs années, l'équipe a été dans un transfert d'ordre maternel avec Pascal.
Nous avons peur qu'il lui arrive quelque chose, peur d'un passage à l'acte qu'il nous annonçait souvent, si bien que nous avons fait « autrement » avec ce patient qualifié d'attachant.
Il lui arrivait souvent de nous appeler pour nous rassurer dès qu'il était rentré chez lui quand il venait sous les rafales de vent en vélo et alcoolisé.

Depuis quelques temps un transfert d'ordre plus paternel nous habite et notre distance avec Pascal est moins affective. Notre objectivité s'en trouve modifiée et il nous apparaît que Pascal nous fait porter un projet de séparation qu'il ne peut se résoudre à assumer seul.

Etre abstinent serait par voie de conséquence se séparer de ce qui fait trait d'union entre la mère et le fils.

Peut-être Pascal attend-il que sa mère l'autorise à se soigner en signant le formulaire d'hospitalisation à la demande d'un tiers. C'est ce qu'elle a d'ailleurs déjà fait pour un de ses fils depuis lors abstinent.
Ce serait une manière d'introduire du tiers paternel dans la relation mère-fils et cela permettrait à notre désir de séparation de devenir désir d'abstinence.

DÉSIR DU PATIENT- DÉSIR DU SOIGNANT

Comment nous rejoindre dans une dynamique de soins

Marie Joseph RUYS (Cadre de Santé)

La complexité de la demande chez les personnes en difficulté avec l'alcool nous oblige, nous soignants, à nous questionner, à nous poser.

N'oublions pas que la base de la pyramide de Maslow nous rappelle que le 1^{er} besoin est d'abord de soulager la douleur physique, et que seulement après nous pouvons proposer et mettre en place d'autres actes thérapeutiques adaptés.

Les soins physiques et les soins relationnels sont aussi importants les uns que les autres, ils sont complémentaires et indissociables, comme l'œil et l'image.

Désir patient, désir soignant, ont besoin pour essayer de se rejoindre d'un décodage, de même avec la confiance, il sera plus facile alors de cheminer ensemble, avec le temps, les embûches, les échecs, les joies, je dirais clopin-clopant...

Se mettre à la même hauteur que le patient, j'accueille Mme L, Mer D, Mer L, Mer C ..mais j'accueille « qui ? », un être avec sa vie.

Et moi soignant j'écoute, j'accompagne, entre dans son monde (j'essaye ou je crois), je ne juge pas, je respecte...m'implique, mais en même temps je garde mes distances, tout au moins j'essaye, j'y crois...mais il est lui, mais je suis moi.

N'est ce pas cela le soin ?

Notre dynamique de soin ?

Les Ateliers Thérapeutiques

Bruno DOLLE (Aide Soignant)

Au sein de l'unité clinique d'hospitalisation et du centre ambulatoire est proposée à la semaine un planning d'activités (comme dans de nombreuses structures d'alcoologie, nous avons pu le remarquer notamment à la $\frac{1}{2}$ journée GRAA à Somain).

L'atelier est un temps particulier de groupe permettant au patient de s'abandonner un minimum et au soignant de donner sa disponibilité. L'objectif premier d'un atelier est de permettre au patient de s'exprimer en s'appuyant sur la dynamique de groupe. En tant que soignant, notre intention est de partager ce temps pour eux en s'adaptant à leurs capacités, leurs moyens d'élaboration et de verbalisation afin d'échanger autour de leurs questionnements et leurs croyances.

Lors des groupes d'expression libre, certaines personnes présentent des difficultés à s'exprimer. L'anxiété générée par cette situation de vide amplifie ce malaise ; malgré bien souvent un désir perceptible de participation.

Nous avons donc, en équipe, réfléchi à l'utilisation d'outils favorisant et facilitant l'expression. Nous avons travaillé sur les différents supports, et aujourd'hui nous souhaitons vous en présenter trois d'entre eux :

- le Photolangage en UAC
- l'Atelier Senteur en UAC
- l'Atelier Écriture au CCAA

Le Photolangage

Christine BAROIS (Infirmière) Sandy BOSMA (Psychologue)

Le photolangage est un des supports permettant de canaliser les angoisses de chacun et de faciliter la prise de parole devant l'ensemble du groupe.

Il se présente sous la forme d'une trentaine de photographies les plus diverses possibles, représentant des objets, des paysages, des situations de vie. Elles sont imprimées en couleurs ou en noir et blanc.

L'atelier se déroule en quatre temps :

1) présentation de l'outil et des consignes

on demande à chacun de choisir personnellement une photo pour exprimer un ressenti, une position ou une expérience vécue.

Nous insistons sur la possibilité que plusieurs personnes choisissent la même carte, sans qu'elle leur évoque le même ressenti : il n'y a pas de bon choix.

2) Chacun circule librement autour de la table où sont disposées les photos et en choisit une en la mémorisant.

3) On propose de faire un tour de table où chaque patient prend la parole et s'exprime autour de la carte qu'il a choisi. On élargit le débat.

Deux questions sont posées afin d'aider l'expression :

- Pourquoi avez-vous choisi cette carte ?
- A quoi vous fait elle penser ?

4) A la fin de la séance, on demande au groupe de s'exprimer sur le ressenti éprouvé pendant l'atelier.

La photographie est un objet de projection : celui qui la choisit, en privilégiant certains détails, va lui attribuer des propriétés qui lui sont propres.

C'est un objet de médiation qui va permettre au patient de « mi-dire » se dire à mi-mots dans la mesure où chacun peut à la fois parler de lui et se protéger derrière la carte.

Chaque patient va ainsi pouvoir exprimer ses représentations, ses ressentis et les partager avec l'ensemble du groupe.

Certains patients se laissent alors aller à aborder des souvenirs d'Enfance commun :

- le travail à la ferme pendant le temps libre
- les jeux de groupe (glissades dans les champs)

Cette période d'insouciance est souvent évoquée avec beaucoup d'émotions et de nostalgie partagés, les patients se retrouvent autour de valeurs communes. (carte de billes)

Un autre exemple de carte souvent choisie : la carte représentant le couple et les enfants.

Derrière le sentiment de culpabilité, se cache souvent le désir de réparation c'est à dire de retrouver leur place dans la famille : place de parent, de conjoint, d'enfant, comme avant la maladie

Avec cette carte représentant un escalier en colimaçon ou celle représentant de cactus, les patients évoquent leur parcours alcool. Ceux qui choisissent ces cartes ont en général cheminé sur leur parcours. Ils expriment à travers cette carte leur désir d'abstinence mais également leur difficulté à gérer les émotions associées aux situations de vie, aux relations à l'autre, bref, vivre dans la réalité.

En fonction des choix, plusieurs thèmes peuvent être abordés pendant le débat :

L'affirmation de soi, le regard de l'autre, la gestion des émotions, les relations avec l'entourage.. , l'objectif étant pour l'équipe de faciliter l'accès à la parole pour les patients, base de travail autour de leurs représentations.

Émerge alors pour certains le désir d'aller plus loin dans leur questionnement. Ils proposent d'ailleurs parfois de faire d'un thème abordé, le sujet d'un prochain groupe.

Ces activités permettent non seulement aux patients de s'exprimer, mais également d'installer un espace pouvant évoluer vers un entretien individuel.

Les patients hospitalisés sont rarement en demande d'entretiens psychologiques à leur arrivée. Ils ont des idées reçues c'est vrai, mais sont surtout angoissés à l'idée d'évoquer leur histoire.

Cet espace permet une première approche avec le psychologue, une sorte de test. Certains s'autorisent à parler de leurs expériences de la maladie, de leurs angoisses.

La dynamique de groupe aidant, ils commencent à s'interroger, et à donner du sens à leur demande initiale d'hospitalisation.

C'est souvent à la fin de l'atelier que les patients viennent à ma rencontre en demande d'un rendez-vous.

Qu'il y a t'il derrière cette demande ? Un désir de venir déposer des morceaux de leur histoire ? Un désir de faire du lien ? Et pourquoi, au fil des rencontres, un désir de travail psychothérapeutique ?

L'Atelier Senteur

Mélanie MAZUY (Infirmière)

C'est un atelier mis en place depuis 2005 en UAC et au CCAA, suite à une formation proposée par Eric Hispard (médecin alcoologue au CAP 14 à Paris et initiateur des ateliers écriture). Lors de ce temps de formation, l'ensemble de l'équipe, a pu expérimenter l'atelier, et fut étonnamment surpris de ce qui pouvait s'exprimer autour d'une même odeur.

Suite à notre vécu, nous avons décidé de le mettre en pratique au CCAA et dans l'unité clinique. Je vais évoquer l'atelier au sein de l'UAC.

En début d'atelier, une information est réalisée succinctement et de façon interactive, sur les sens, leur fonction, l'anatomie physiologique. Ensuite le groupe tente de définir ce qu'est une odeur et de la classer en agréable/désagréable, sucré/poivré, en proposant chacun leur tour des adjectifs. Ces mots pourront alors les guider dans la verbalisation en fin d'atelier. Le ou le(s) soignant(s) présent(s) se prêtent au jeu. Pour l'atelier senteur, sont utilisés des plots odorants et une feuille guide.

Puis, par 2 fois, des plots sont tirés au sort, et chaque patient prend le temps qu'il faut pour sentir l'odeur. Il peut alors utiliser la feuille guide pour classer l'odeur et noter les mots que cela lui évoque. Ensuite a lieu un tour de table où chacun peut exprimer son ressenti.

Puis en fin d'activité, un point sur la séance est faite.

Le but de cet atelier consiste dans un 1^{er} temps l'éveil des sens et dans un 2nd temps, à tenter de mettre des mots sur ce qui est ressenti (à noter que bien souvent le profil de nos patients a un odorat altéré voire oublié). C'est un temps particulier où il y a une notion de partage, ludique avec beaucoup d'humour. Les patients sont souvent étonnés de leurs capacités à refaire les liens avec des souvenirs positifs de leur enfance, de vacances, de préférences alimentaires.

Lors de l'atelier, le désir du soignant est surtout d'aider le patient à mettre des mots sur son ressenti alors que bien souvent le patient est dans le désir de reconnaître l'odeur ; car leur difficulté première est de

mettre des mots sur l'odeur du plot « comme s'il était coupé de leur sensation ».

A noter que dans l'unité clinique, nous travaillons aussi la stimulation des sens lors de promenades dans notre grand parc boisé, mais aussi au cours des ateliers « des saveurs au plaisir » ou lors de la préparation du cocktail dominical.

L'atelier senteur est une activité très appréciée par les patients peut-être par son originalité, sa convivialité, sa liberté d'expression, mais aussi peut être car c'est un temps où l'on ne parle pas d'alcool.

VERTUS THÉRAPEUTIQUES DE CES ATELIERS À LA LUMIÈRE DES THÉORIES DE WINNICOTT SUR LES PHÉNOMÈNES TRANSITIONNELS

Muriel MANSSSENS (Psychologue)

Voici quelques réflexions sur les vertus thérapeutiques de ces ateliers qui viennent de vous être présentés, à la lumière des théories de Winnicott sur les phénomènes transitionnels.

Ces ateliers thérapeutiques se veulent effectivement transitionnels, en ce qu'ils proposent un « *espace de jeu* » qui se situe entre la réalité extérieure et la réalité interne de nos patients, un *espace paradoxal* parce qu'il n'est ni dehors, ni dedans.

Cette étape des phénomènes transitionnels a souvent été *problématique* dans leur développement, à savoir qu'ils auraient en quelque sorte « survolé » ce moment de la *transition* entre l'état d'union avec leur mère et l'état où ils sont en relation avec elle en tant qu'être séparé. Or ces phénomènes transitionnels jouent un rôle essentiel dans les processus de représentation et de symbolisation qui font parfois cruellement défaut à ces patients. Ils permettent un premier décollage avec l'objet maternel, un *premier mouvement de l'enfant vers l'indépendance*. Autrement dit, selon Winnicott, l'Autre est d'abord un *Autre du besoin* qui, petit à petit, par l'intervention de la mère suffisamment bonne, devient un *Autre du désir*.

Dans ces ateliers, qu'ils soient proposés dans l'unité clinique ou au CCAA, les soignants posent un cadre et en sont les *garants*. Dans ce cadre, il doit être permis à chacun de « *régresser* » sans danger car les représentations et les émotions ne peuvent affluer dans ce cercle que s'il joue son rôle protecteur et que si la parole de chacun est respectée, non divulguée au dehors.

La *présence active* des soignants « suffisamment bons » et contenant permet de faire de ces ateliers des espaces transitionnels pour les patients. Un espace où progressivement et avec beaucoup de temps, le jeu transitionnel peut avoir lieu, un jeu ayant, nous le souhaitons en tous cas, des vertus thérapeutiques.

Lors de ces ateliers, les patients commencent souvent par vouloir *maîtriser* « l'objet », en cherchant avant tout à nommer l'odeur proposée, la reconnaître, ou à décrire au plus près l'image choisie sans s'y impliquer personnellement. Et cela se répète parfois inlassablement jusqu'à ce que puisse s'exprimer, dans une sorte de laisser-aller, de *lâcher-prise*, leurs représentations, leurs souvenirs, leurs pensées.

Ces activités de groupe sont celles où la *créativité des soignants* est le plus sollicitée tant il y a à insuffler aux patients quelque chose de notre plaisir à fonctionner, à penser, à élaborer.

Le parallèle pourrait être fait avec *le jeu du squiggle*. Cette technique de Winnicott utilisée dans les analyses d'enfants passait par le dessin. Au gribouillis initial de l'un ou de l'autre, l'enfant et l'analyste ajoutaient des éléments au dessin, ouvrant à un dialogue qui amenait à découvrir la problématique de l'enfant, avec un effet thérapeutique lié à cette rencontre.

Dans nos ateliers, il semble que ce soit également la *participation active* des soignants qui autorise les patients à se laisser aller enfin à « jouer ».

Le travail fait par l'équipe soignante a d'ailleurs pour but d'amener le patient à un *état où il est capable de jouer*.

Le jeu n'est évidemment pas ici une fin en soi. La créativité et le jeu étant, dans l'esprit de Winnicott, profondément associés au sentiment d'existence et à la quête de soi.

En résumé, pour qu'il y ait *constitution d'une relation intersubjective*, une relation d'objet, il faut à la fois que le patient accepte un minimum d'abandon de son contrôle, et que le soignant, lui, mette le symptôme « alcoolisation » entre parenthèses et donne véritablement de sa disponibilité, c'est à dire quelque chose de lui-même.

C'est comme si, à partir d'une situation assez compromise au départ, il fallait qu'émergent progressivement les conditions nécessaires et suffisantes pour que *patient et soignant se reconnaissent mutuellement dans leur singularité, dans ce qui les unit également et dans un projet de désaliénation*.

La constitution de la relation thérapeutique se ferait non au début mais, pour ainsi dire, à la fin.

L'objectif étant de les rendre ou de les amener à devenir sujets désirants, êtres de désir.

Désir d'être présentable pour venir au groupe.

Désir de rencontrer les autres.

Désir de rentrer en relation en relation avec eux, de les écouter.

Désir d'être écouté, reconnu.

Désir d'y revenir.

Et enfin désir un jour de s'en séparer.

Ce cheminement du désir, l'équipe du CCAA l'accompagne aussi au travers d'un Atelier Écriture.

Ici, c'est un « matériel » langagier qui est utilisé et non plus sensoriel ; il n'est pas support de projection mais création de chacun, résultat d'un processus de secondarisation.

Et cette création laisse un écrit, une trace...

Françoise Dassonneville et Pascale Gouraud, aide-soignante et infirmière au CCAA, vont partager cette expérience avec vous.

L'Atelier Écriture

Pascale GOURAUD (Infirmière) Françoise DASSONVILLE (Aide Soignante)

Comme nous l'a dit Mélanie, les ateliers thérapeutiques prennent une place importante dans le panel des soins en alcoologie.

Nous, aujourd'hui, nous avons envie de vous parler d'une nouvelle expérience que nous vivons au CCAA depuis septembre dernier : l'Atelier d'Écriture.

En fait nous avons proposé cet atelier à une dizaine de personnes qui avaient déjà fait un certain cheminement dans leur parcours alcool. L'alcool était déjà moins présent dans leur vie.

Des personnes pour lesquelles nous n'étions plus dans une situation d'urgence de soins, mais plus dans un accompagnement.

L'atelier d'écriture viendrait comme une suite dans la prise en charge des patients, en étant un lien entre la structure de soins et le monde extérieur. Ce serait comme un « tremplin » sur lequel ils pourraient s'élancer pour « s'envoler » vers une nouvelle vie ; car s'ils y trouvent du plaisir, certains pourront peut-être prolonger cet atelier à l'extérieur, soit dans un centre culturel, ou un club de littérature, par exemple.

L'idée de ce groupe est de proposer aux patients un travail dynamique, inscrit dans leur parcours de vie, sans être réduit à la seule problématique alcool.

Bien que beaucoup de personnes connaissent l'atelier d'écriture, nous allons vous décrire le fonctionnement spécifique de notre groupe.

C'est un groupe d'une dizaine de personnes, dont 2 soignants, qui se réunit 1 fois par mois, le samedi matin (pendant 2 heures), pour découvrir ou redécouvrir l'écriture dans une ambiance d'écoute et d'échange ; moment privilégié où l'on peut « lâcher prise », s'étonner, se surprendre, se faire plaisir à travers l'écriture.

Le fait que 2 soignants soient toujours présents et participent de façon active à l'atelier, nous a apparu important car nous partageons les mêmes règles, les mêmes contraintes et cela dédramatise les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Notre présence permet aussi d'éviter d'éventuels débordements.

Lors de la première séance, nous avons tout d'abord établi avec le groupe « les règles du jeu », règles acceptées par tous.

- C'est un groupe fermé, c'est à dire « celui qui commence, termine » et personne ne peut intégrer le groupe pendant l'année, il y a là une sorte d'engagement.
- Le groupe commence en septembre et se termine en juin à raison d'une séance par mois.
- Chacun a droit pendant l'année à 2 absences, dans ce cas la personne envoie son texte par courrier au CCAA et ce sera une personne du groupe qui lira le texte.
- Chacun a droit aussi à 1 joker ; c'est à dire qu'il a le droit de ne pas venir et ne pas envoyer son texte ou venir sans texte
- Il est bien précisé au départ du groupe que cet atelier a un début et une fin ; c'est à dire de septembre à juin et cela nous semble important car contrairement à d'autres ateliers où l'on ne sait pas quand ça s'arrête , là en revanche les limites sont bien posées dès le début de l'atelier.

Donc après avoir établi les règles lors de la 1^{ère} séance, chacun va remplir un abécédaire avec 1 mot au départ (nous avons choisi LIBERTÉ). Ensuite nous avons repris et noté tous les mots de chacun ce qui faisait environ 200 mots. Chacun est donc reparti avec une liste de 20 mots commençant par les lettres A et B de l'abécédaire (les mêmes mots pour tous) et devait pour la séance suivante écrire un texte avec ces mots.

Il n'y a aucune contrainte au niveau du texte, que ce soit pour le nombre de lignes ou pour le sujet ; la seule exigence est de placer les 20 mots dans le texte.

Lors de la 2^{ème} séance : chacun est donc arrivé avec « sa création ». Autour d'un café et d'un gâteau ; tour à tour chacun lit son texte et propose à une autre personne du groupe de le relire, afin que celui qui l'a écrit puisse l'entendre.

La lecture de ces textes suscite de l'étonnement, de l'admiration, un sourire, un regard et dans tous les cas, beaucoup de respect. C'est un moment riche d'émotions et de détente.

Après la séance, on redonne à chacun sa liste de mots provenant toujours de l'abécédaire de départ et chacun refera un texte pour le mois suivant et ainsi de suite.

Les textes sont gardés au CCAA et appartiennent au groupe.

Voilà un peu le déroulement des séances. Nous avons donc eu déjà 9 séances, et l'atelier arrive à son terme.

La fréquentation a été assez régulière, chacun s'arrangeait pour être présent ce jour là et quand une personne ne pouvait se libérer, elle envoyait son texte au CCAA. Une seule personne s'est réalcoolisée et a arrêté de venir au groupe ; la condition étant d'être « en état » pour l'atelier.

Nous pensions que la séparation serait difficile pour les patients mais étonnamment ils nous ont montré qu'ils avaient bien intégré dès le départ, le début et la fin du groupe et nous pensons que le recueil des textes qui leur sera remis lors de la dernière séance viendra clôturer ces sessions.

Nous continuerons donc l'atelier d'écriture avec un autre groupe de patients.

Notre ressenti en tant que soignant :

C'est un groupe d'une richesse extraordinaire, chacun a sa place dans le groupe, chacun a compris les limites du travail proposé. S'agissant d'un groupe fermé, cela a facilité l'appartenance au groupe et a diminué les résistances. Il s'est établi de vrais échanges dans le respect de l'autre, chacun avait le sentiment de faire quelque chose d'important, de sérieux, mais toujours dans l'humour et la bonne humeur.

Par l'écriture, le patient a pu se valoriser de son aptitude à écrire sans trembler, d'autant plus que ce texte va être lu par quelqu'un d'autre et exposé à un regard autre. Dans ses textes, il met des mots sur ses émotions mais se permet également de partir dans d'autres horizons.

Ainsi il retrouve une nouvelle sensation : celle de s'étonner qui est lié à une sensation de plaisir. Ce sentiment est renforcé par le regard bienveillant et l'attention des autres participants.

Nous, soignants, en participant à l'écriture des textes, nous sommes intégrés au groupe. Pour nous c'est également un émerveillement de voir exprimer les capacités de chacun. Nous nous étonnons de leurs textes mais parfois de nos textes aussi.

Le fait que nous fonctionnons comme eux, crée un lien et donne un autre sens à cet atelier. Dans l'écriture, nous sommes tous pareils. Nous arrivons à trouver du plaisir ensemble.

A partir de ce plaisir retrouvé, ils ont de nouveau conscience de leur valeur, de leur capacité d'adaptation aux changements et surtout une envie d'augmenter leur connaissance et leur créativité.

Transition

Marie Claude LAURENT (Aide Soignante)

Comme vous avez pu l'entendre, nous accordons donc un grand intérêt aux ateliers thérapeutiques ; ils font partie intégrante de la prise en charge du patient. C'est une autre manière d'aborder et de découvrir le patient (sa maladie, son rapport aux autres, ses difficultés, ses désirs).

Même si, dans les différentes unités, nous sommes toujours en quête d'outils afin d'améliorer leur accompagnement. La réalité dans une structure d'alcoologie n'est pas toujours lisse et prévisible.

Pour chacun d'entre nous, les difficultés du travail sur le terrain, les limites de nos accompagnants sont quotidiennes.

- patient hospitalisé de façon récurrente
- rendez-vous manqués, patients éthyliés aux entretiens médicaux, psychiatriques et soignants
- réalcoolisation suite sortie, appels téléphoniques, appels aux secours
- perte d'emploi, enfants placés, problèmes de santé secondaires aux prises de boissons alcoolisées.
- Couples qui se forment en institution, les alcoolisations en institution ou prise de produits illicites.
- Gestion de groupe houleuse, patients revendiquants, agaçants.

Ces comportements ne correspondent pas toujours aux illustrations idéales que l'on se fait d'un patient inscrit dans un projet par rapport à son problème alcool. Bien souvent ces comportements induisent un agacement, un épuisement, une impression de manipulation allant jusqu'à des contre transferts vifs, « ah les revoilà », « encore lui » d'où l'intérêt de pouvoir mettre en commun et à plat nos réactions face à ses difficultés, nos ressentis face à ces situations.

Nous allons parler successivement :

De nos réflexions d'équipe au travers des transmissions, de la formation d'été, du groupe Balint, des synthèses.

Réflexions d'équipe

Mélanie MAZUY (Infirmière)

Les temps d'échange où l'on se pose pour réfléchir à un accompagnement optimal du patient sont la base fondamentale de notre travail et de nos pratiques.

1) Les Transmissions

Nous ne pouvons pas parler d'échanges sans aborder les transmissions. Les transmissions orales sont un temps très riche. C'est un lieu d'échanges importants de confrontation d'idées. L'expression y est très libre enrichie bien souvent par la présence impromptue des médecins, psychologues, de l'assistante sociale. C'est un temps de pause nécessaire pour l'équipe soignante. Le relais pour la continuité des soins, du suivi.

2) Les Synthèses

C'est un temps deux fois par semaine où se réunit l'ensemble de l'équipe. Chacun est libre de s'exprimer et de donner son point de vue sur le patient.

Est toujours abordée la demande initiale du patient, son suivi, son hospitalisation.

On tente de se réajuster et de se mettre au même niveau que le patient. On essaie de décrypter ce que nous renvoie celui-ci, par le biais de ses comportements, ses réactions, ses dires, nos différentes observations afin de cheminer vers lui, de le prendre là où il vit. Avec lui, on tente de fixer des objectifs en accord avec ses besoins, ses envies, ses désirs en vue d'un projet adapté.

Notre difficulté, lors de ces synthèses d'équipe, est de confronter nos différents regards, d'obtenir une même ligne de conduite où chaque intervenant trouve sa place et un sens dans l'accompagnement du patient.

3) la Supervision Balint

Définition

Pour présenter le balint, nous reprenons la définition de notre superviseur Mr Henniaux, psychiatre psychanalyste à Lille.

Le balint est un travail en groupe. L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire y est convié. C'est un partage de notre vécu relationnel avec le patient.

La particularité de ce partage permet de comprendre l'implication émotionnelle et affective de chacun. C'est un temps où la parole circule spontanément, les questions fusent, les réflexions, les demandes de précision, les hypothèses apparaissent permettant un moment de créativité le plus confraternel.

Déroulement

La supervision balint fait partie de la formation continue de l'UAL, UAC et CCAA du CHRISO. Sa fréquence est d'une supervision tous les deux mois. Sont présentés à chaque séance 2 patients (1 UAC et 1 CCAA). Souvent leur choix ne s'est pas fait par hasard. Il s'agit bien souvent de patients où l'on a le sentiment d'être dans « l'immobilisme » où il est difficile de donner du sens à leur prise en charge ambulatoire, ou à leur hospitalisation.

C'est un temps de pause dans nos pratiques.

A la fin de chaque supervision, nos perceptions changent. Nos désirs et projections initiales s'effacent et émanent sur la problématique du patient. Comme si nous changions d'angle de prise de vue.

De là nos comportements changent sûrement par un lâcher prise de notre part, en conséquence il y a une baisse des défenses du patient ; ce qui permet d'aboutir à un revirement de situation. Le travail en groupe balint a trouvé toute sa place dans nos pratiques.

4) Les Formations d'Eté

Elles sont nommées ainsi car c'est un temps de formation qui a lieu durant la fermeture estivale du service. C'est le seul moment de l'année

où l'ensemble des équipes (UAL, UAC, CCAA, tabacologie) est présent (médecin, IDE, AS, psychologues, assistante sociale, secrétaires).

Le contenu de cette formation est décidé tout au long de l'année par les propositions de chacun, chacune. C'est un temps fort pour l'alcoologie : c'est se retrouver tous ensemble et partager nos ressentis. C'est une des grandes richesses du service.

Dégagés de nos obligations professionnelles dans les différentes unités, nous sommes plus à même de nous interroger sur nos pratiques, d'exprimer nos différents points de vue, d'être dans la proposition pour de nouveaux changements ou projets.

Est posé, durant ce temps, le bilan des 6 mois d'activités passés (1 autre point est fait chaque année et en janvier)

Sont exploités les bilans de la semaine (temps proposé chaque fin de semaine aux patients afin qu'ils expriment leur regard, leurs attentes, désirs par rapport au service en vue d'améliorer l'accueil et leurs séjours.

A coté de cela, nous bénéficions de formation à thème (écoute téléphonique, atelier senteur, secrets de famille, TCC...) Thèmes qui répondent à nos attentes, nos désirs pour les unités.

Cette réunion annuelle d'équipe nous permet à chacun une remise en question professionnelle, d'actualiser nos compétences, de réajuster nos comportements, nos limites afin de progresser, d'avancer, de cheminer.

Conclusion

Martine LEROY (Médecin)

J'ai la délicate mission de capter votre attention encore quelques minutes pour conclure cette demi journée du GRAA, déjà riche en questionnements et en échanges.

Quelques mots sur les coulisses du GRAA :

- Le choix du thème s'est fait assez facilement, il est dans la continuité de la demi journée que l'équipe avait organisée en 2003, sur la demande et l'accompagnement, je crois que chaque équipe a, comme ça des thématiques, des préoccupations qui lui sont propres en fonction de son histoire, de son identité.
- Pour le titre « désir du soignant, désir du patient ... » nous étions assez fiers, mais en faisant les premières recherches, je me suis dit aie ...désir, c'est un mot chargé de sens c'est un peu « chaud », c'est vrai que ça nous a emmené assez loin dans la réflexion, certains ont même eu une révélation pour la philosophie.

Je ne vais pas revenir sur les définitions ,on peut développer les concepts à l'infini , mais pour la conclusion j'ai choisi de retenir que le désir est spécifiquement humain, et que tout désir est fondamentalement désir de l'autre, désir que l'autre partage .

Alors comment se rejoindre dans nos désirs ? Peut être suffit-il d'avoir le désir de partager des désirs qu'ils soient identiques ou pas,qu'ils se rejoignent ou pas, c'est la dynamique, le mouvement qu'entretient le désir, le partage qui est important, au moins dans un premier temps.

Cette notion de partage, je l'ai retrouvée en lisant le compte rendu d'un congrès infirmier qui a eu lieu au Québec et qui s'intitulait « soigner c'est partager »

Je vous en cite les grandes lignes, car je pense que ça s'adapte bien à la conception des soins en alcoologie :

- Soigner ça n'est pas, ça ne peut pas être une relation de pouvoir, la question de la liberté est centrale dans les soins.
- Soigner, c'est partager le savoir pour libérer l'autre de la peur, de la dépendance, du silence dans lequel la maladie ou la souffrance le maintiennent.

- Soigner, c'est partager les interrogations, les doutes, les émotions, les déceptions et les échecs.
- Soigner, c'est partager des histoires, des histoires de vie.
- Soigner, c'est vivre, les patients ont besoin de soignants qui vivent et qui désirent partager la richesse de la vie.

Comme j'ai rejoint l'équipe il y a moins d'un an, j'ai encore le privilège de me souvenir de mes expériences dans d'autres structures mais surtout de me souvenir de mes premières impressions en arrivant, et c'est un peu cette façon de faire, cette façon d'être, cette conception des soins en alcoologie que j'ai perçu.

Pour finir, je vais oser passer du désir au plaisir .certes, comme l'a dit Mélanie tout n'est pas toujours rose dans un service d'alcoologie, mais pour continuer à être des porteurs de désir, parfois des réanimateurs de désir, il faut avoir un certain plaisir à travailler ensemble et à travailler avec les patients alcooliques.

Du désir d'en sortir au besoin de grandir

Bonjour à Tous,

Je m'appelle Jacques, je suis Alcoolique abstinent, membre du mouvement des Alcooliques Anonymes, et membre aussi du collège Associatif du G.R.A.A. qui réunit différents mouvements néphalistes (autrement dit anciens buveurs). C'est d'ailleurs au titre de ces derniers que je m'exprime aujourd'hui et bien sûr mon propos n'engage que moi-même.

Merci à Monsieur le Docteur Ritaine et à l'équipe du service d'alcoologie de m'accorder ce temps de parole.

En tant qu'ancien patient (d'ailleurs pas patient du tout car un désir qui m'a caractérisé, et que je retrouve souvent chez de mes Amis A.A., est de vouloir tout, tout de suite) je vais donc essayer de vous retracer rapidement l'histoire de mes désirs de patient. Il y aura probablement quelques redites de ce que l'on a déjà entendu aujourd'hui, mais j'ai travaillé tout à fait indépendamment de l'équipe du service d'alcoologie.

Mes premiers désirs en tant que patient correspondaient davantage aux désirs de contenir la pression familiale pour me faire arrêter de boire, et ce que j'exprimais à mon médecin généraliste, pour expliquer mon alcool, était mes angoisses et mes inquiétudes. Ce qui m'a valu des prescriptions qui avec l'alcool m'amenaient à des mélanges aux effets détonants.

Mon état s'aggravait donc, et dans mon désir inconscient, de protéger mon alcool, face à la pression familiale, je prétendais inutile mes démarches de soins et mes visites chez le médecin. Mais pourtant je continuais les soins, partagé entre le désir de plaire à ma famille et celui de prolonger mon désir de retarder le moment de devoir freiner ma consommation.

Mon immense désir de prouver à l'entourage et à moi-même que je n'étais pas un alcoolique me donnait l'énergie d'entrecouper mon alcoolémie permanente de période d'abstinence plus ou moins longue mais jamais durable.

Avec le temps et les tribulations incessantes de ma vie d'alcoolisé, effrayé d'en arrivé à certaines extrémités que je réprouvé moi-même, et tout en essayant de les justifier, j'ai envisagé plus sérieusement le désir de modérer ma façon de boire. Inutile de vous dire que je m'y suis épuisé en vain retournant toujours vers ma potion magique.

Ma demande auprès des soignants s'est porté alors davantage vers les traitements des médecins, et leurs prescriptions, vers le psy, et vers un mouvement d'anciens buveurs. Mon désir alors était de redevenir comme avant, c'est-à-dire à l'époque ou je buvais, soit disant, comme tout le monde, sans problème, sachant encore me contrôler quoi que, à l'époque, buvant malgré tout un peu plus que tout le monde.

Il me semble qu'à cette époque j'ai multiplié les demandes d'aide, mais du « bout des doigts », sans désir véritable, et suis entré de plein pied dans une belle déprime ou tout désir était absent, une sorte de prostration avec des pensées suicidaire et cette horrible sensation du besoin incoercible de boire et de ne plus pouvoir.

Cinq ans ce sont écoulé pendant les quelles j'alternais entre mon désir de modération et mes états d'alcoolémie paroxysmique pour enfin touché le fond et réaliser une véritable prise de conscience d'être un Alcoolique. Enfin Le déclic. A partir de là toute une nouvelle génération de désir se sont à nouveau manifesté.

Toute cette période de demande d'aide, sans résultat, auprès de soignants nombreux et variés ne m'a pas été inutile ils ont tous, peut-être à des degrés divers, mais ils ont tous participés, en fait, à ma prise de conscience et l'éclosion d'un désir, enfin sincère et motivé, de me soigner pour me sortir de l'alcool.

Dés lors, Mon désir sincère, d'entreprendre une X ème et dernière cure m'a été salutaire car je n'ai plus retouché à une goutte d'alcool depuis. J'ai donc cessé de boire durablement à 42 ans et j'en ai maintenant 75.

Pour répondre, peut-être, aux désirs des soignants, dont j'ai pour ma part mis la patience a rude épreuve pendant ces très longues années (5 ans), je dirais que leurs soins et le temps qu'ils m'ont consacré m'a été tout à fait bénéfique car ils ont concouru à ma prise de conscience, « au déclic », et simultanément provoquer le souvenir de ce qu'il m'avait transmis.

Donc, Je crois que l'on peut oser dire, quoi qu'il y paraisse, qu'à « soignant patient, patient soigné »

Voilà donc un peu ce que l'on pourrait appeler la confusion de mes désirs de patient. Il était nécessaire que je comprenne les réalités de mes états d'une autre façon, je ne devais plus confondre entre, mes désirs qui sont soit velléitaires soit obsessionnels, avec mes besoins essentiels qui eux sont stables. Lourdes tâches que de démêler ce qui est de l'ordre des désirs futiles quelquefois impérieux de celui des besoins essentiel qui devrait toujours faire l'objet de mes priorités.

Comment ai-je réussi à définir quels étaient mes besoins réels et essentiels ? J'ai eu la réponse lors d'une formation que j'ai entrepris en début d'abstinence auprès d'un organisme qui s'appelle « P.R.H. » (Personnalités et Relations Humaines). J'ai quatre besoins essentiels qui conditionnent ou sont sous jacent à tous mes désirs :

Le besoin d'être, (être reconnu, être considéré, être aimer, etc...)

Le besoin d'être plus, (désir d'apprendre, désir de changer, désir d'évoluer, désir d'autonomie et de liberté, désir de spiritualité etc...)

Le besoin de me préserver, (désir de protection, désir de sécurité,)

Le besoin de me refaire, (besoin de repos, besoin de réfléchir, besoin de se ressourcer et que sais-je...)

Il m'est maintenant évident que tous mes désirs ont leurs racines dans l'un de ces quatre besoins. J'aurais pu vivre et assumer ces besoins de base harmonieusement sauf qu'au cours de mon cheminement personnel, en fonction de certaines souffrances tel que dévalorisation de mes attitudes, rejets, moqueries des autres à mon égard, traumatisme divers, j'ai perverti ces besoins essentiels et positifs. J'ai alors adopté une attitude défensive manipulant l'essence de mes besoins vitaux en sentiments négatifs, désirs à courte vue pour des bénéfiques illusoirs ou de complaisances. Beaucoup d'habitudes néfastes furent prises qui étaient autant de stratégies d'évitement ou de compensation.

Comment y voir clair dans tout cela ? Mon désir de patient d'en sortir et devenir heureux dans la vie m'amène à utiliser deux voies salutaires, les thérapies individuelles : médecins, psychiatre, psychologue, formations en relations humaines d'une part et « l'effet miroir » d'autre part auprès des groupes d'anciens buveurs. En fait une complémentarité très efficace qui m'a bien aidé à faire les discernements nécessaires entre ce dont j'ai besoin et ce dont j'ai envie.

Pardonnez-moi une petite parenthèse en ce qui concerne « l'effet miroir » dans les partages d'expériences au sein des groupes d'anciens buveurs. C'est une aide puissante à l'acceptation des réalités de soi par identification, la reconnaissance de son propre vécu positif ou négatif exprimé par d'autres. En fait, cet effet miroir est souvent à l'origine de nombreuses prises de consciences successives et progressives. Alors cet « effet miroir » est-il suffisamment pris en compte pour le rétablissement du dépendant ?

Je lisais dernièrement dans l'excellent « rapport Parquet Reynaud » sur les conduites addictives que les mouvements néphalistes étaient qualifié de « mouvement d'accompagnement social » C'est vrai mais beaucoup trop réducteur, les mouvements néphalistes sont aussi des mouvements d'accompagnement moral et psychologique. Il serait fort intéressant de se débarrasser d'un préjugé sur les mouvements qui tend à faire penser que nous ne serions regroupés que pour favoriser une bonne convivialité sans alcool.

Ceci dit, pour revenir au désir des patients ce que nous sommes toujours car devenu alcoolo-dépendant hier, je le suis toujours aujourd'hui. Sauf que mon désir de patient à beaucoup évolué ; il se résume maintenant, tout en étant toujours vigilant par rapport à l'alcool, à envisager un vrai désir de coopération avec les pros de l'addictologie. Vous en avez l'illustration par ma présence ce jour en tant que membre d'un mouvement, membre du GRAA et mon désir de trouver des terrains d'entente et de coopération avec les soignants. J'y trouve d'ailleurs un immense avantage, celui d'élargir mon champ de compréhension des addictions, de vivre des relations positives et de m'assurer, par là même, une vigilance active et sereine sur ma propre santé mentale. J'ai aussi le désir d'assumer pleinement ma responsabilité d'alcoolo-dépendant en vivant parmi ceux-ci pour non seulement accueillir et transmettre mais aussi pour faire des prises de conscience à nouveau et continuer à progresser ce qui est le meilleur moyen pour ne pas régresser.

Alors où, comment et par quoi le désir des soignants et des patients peuvent-ils se rejoindre dans une dynamique de soin ?

Le désir d'être efficace est au cœur de chacun, il correspond au besoin d'être plus un besoin fondamental qui entraîne des comportements et des attitudes qui ne sont pas forcément bénéfiques aux patients. Ainsi par exemple une attitude que l'on rencontre fréquemment dans les mouvements est de dire « qu'il n'y a qu'un alcoolique pour comprendre un autre alcoolique ». Ce qui est faux et il conviendrait mieux de dire que l'alcoolo-dépendant à tendance à ne se sentir compris que par un autre alcoolique. De façon symétrique l'on perçoit parfois chez le soignant une certaine possessivité envers son patient. L'on a déjà entendu « si vous allez dans un mouvement surtout venez d'abord nous voir pour votre suivi » En fait une coopération efficace entre bénévoles des mouvements et soignants passe par l'acceptation de la complémentarité et une bonne relativisation de nos attitudes réciproques.

Relativiser nos attitude face aux patients voilà, à mon sens, un maitre mot pour aider l'alcoolique à s'en sortir. Si je suis impuissant devant l'alcool, je suis impuissant également devant l'alcool des autres. Tout ce que je peux faire en ce qui me concerne est d'offrir mon expérience d'ancien buveur enfin stabilisé par l'abstinence, et pour les soignants, offrir des soins adaptés, mettre à disposition leurs connaissances et leur savoir faire. Le chef des opérations reste toujours le patient avec son désir d'en sortir.

A ce propos, il me semble intéressant de nous rappeler ce que disait le docteur Schweitzer : « Chaque malade a en lui le médecin dont il a besoin pour se guérir et nous médecins notre rôle, entre autre, est de le leur rappeler »

D'autres actions réciproques pourraient être les biens venus, Il y a relativement peu de rencontre entre les uns et les autres. Qui à une bonne connaissance des philosophies des uns et des autres mouvement néphalistes ? Qui dans les mouvements participe aux colloques des professionnel de l'alcoologie ? Rare sont les colloques ou congrès ou les Alcooliques stabilisées sont invité à s'exprimer. Qui dans les soignants s'inquiète de la bonne santé des groupes d'anciens buveurs ? Voilà peut-être quelques' uns des terrains ou pourraient se rejoindre soignants et bénévoles pour améliorer la dynamique de soins.

En tant qu'alcoololo-dépendant, pour conclure, je dirais volontiers que, maintenant, « du désir d'en sortir au besoin de grandir », je suis embarqué, avec des accompagnements multiples, dans l'élan d'un devenir en croissance. Une belle aventure heureusement jamais terminé.

Jacques D. Alcoolique Anonyme