

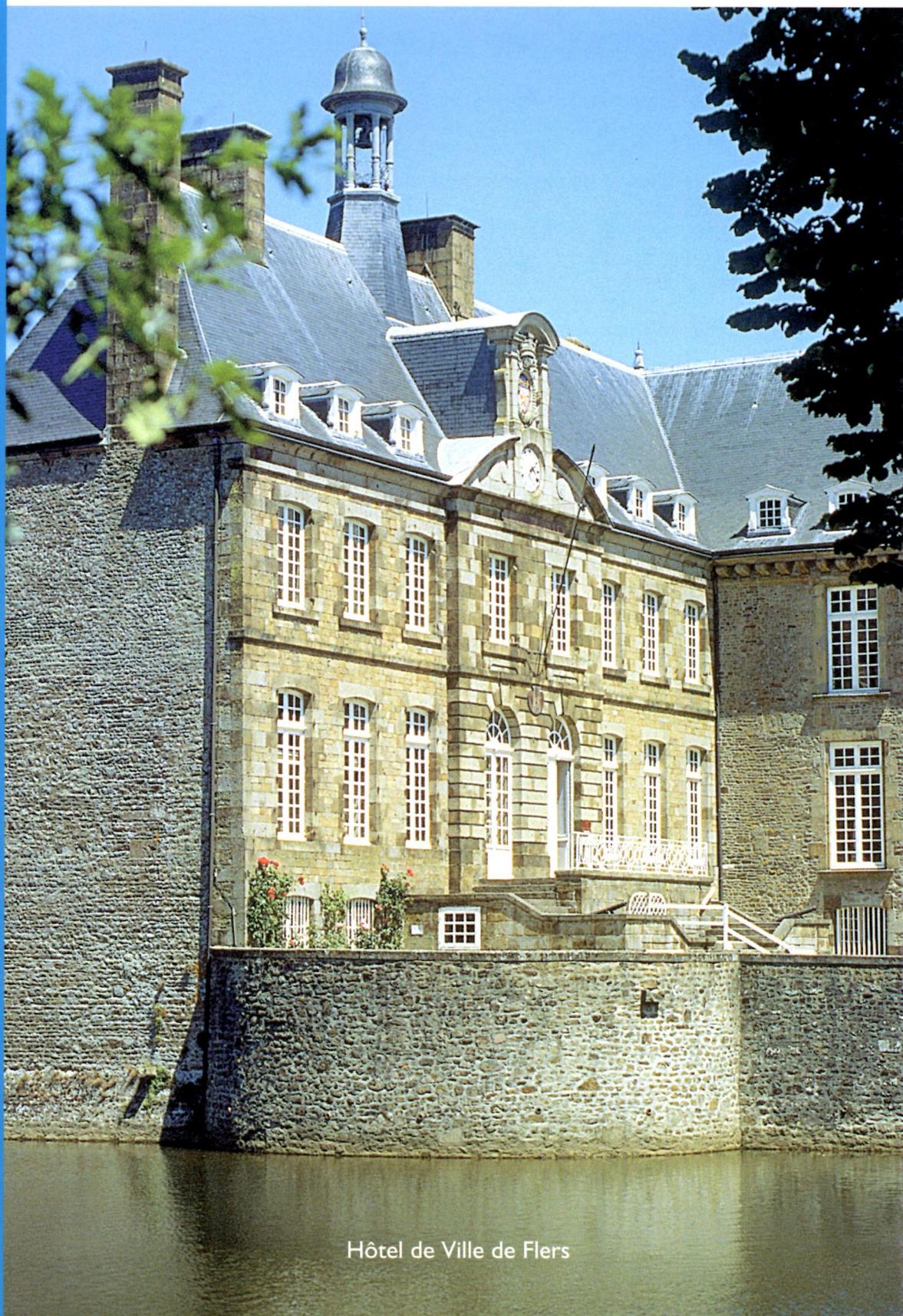
PRATIQUE & RECHERCHES

En Santé Mentale

N° 11

ISSN 1157-3155

JOURNÉES DE FLERS



Hôtel de Ville de Flers



**REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE
DE BASSE-NORMANDIE**

30 F

SOMMAIRE

- 1** EDITORIAL
- 2** BRÈVES
- 4** "L'INTENTIONNALITÉ DE CHANGEMENT
ou le rendez-vous manque"
par Jean-paul VASSAL
- 7** QUELQUES REPÈRES DE L'ÉVOLUTION CONCEPTUELLE
de l'alcoolisme et des toxicomanies
par E. OURY
- 9** ALCOOLISME ET TOXICOMANIE :
Éléments de psychopathologie psychanalytique
par Jean-Luc MACHAVOINE
- 13** L'HOSPITALISATION, UNE ÉTAPE POSSIBLE
par France BOUCHARD et Pierre HÉLIE
- 14** D'UNE CONCERTATION POSSIBLE A UN FANTASME DE PROJET.
par Gérard BOITTIAUX

PRATIQUES ET RECHERCHES
REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 33 41 01 07 (poste 466)

Directeur de la publication : Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction : Philippe LAMOTTE
Secrétaire de rédaction : Maryse CORBET
Comité de rédaction : J.-N. LETELLIER
J. ANDERSON,
M. PITON, D. CATHERINE,
G. BOITTIAUX, B NOUHAUD

Composition et impression : LOCOMOTIVE
50190 ST-SÉBASTIEN-DE-RAIDS - Tél. : 33 07 54 09

Secrétariat : 33 41 01 07 (poste 466)

Dépot légal : 3^e trimestre 1995



EDITORIAL

“

VEUILLEZ INSÉRER S'IL VOUS PLAÎT...”

Il existe un serpent de mer qui ne montre, hélas, que rarement sa tête.

Présent aussi implicitement que possible dans tous les nouveaux discours qui se reconnaissent dans la méduse de la "psychiatrie sociale", il organise pourtant largement la majorité des agirs récurrents qui inondent le marché de la rénovation psychiatrique.

Je veux parler de ce qui fait référence comme indice de réussite d'un processus pour lequel on n'a rien trouvé de mieux que ces mots barbares de réinsertion, réhabilitation...

Une des formules qui peut résumer tout en la dénonçant cette entreprise aux nombreuses filiales tient dans une phrase empruntée à CONTARDO CALLIGARIS: faire en sorte que l'autre que l'on soigne "s'identifie à nos idéaux phalliques" et notamment à son expression plus brutale dans le registre quotidien: "travail, famille, loisirs".

Une estampille que, notamment, l'on souhaite, dans un effort compassionnel non dénué d'arrière-pensées plus ambiguës, pouvoir décerner à ceux qui ont choisi des voies plus incertaines.

Ne pourrait-on pas voir dans cet effort "d'inclusion", souvent sous-tendu par un discours idéologique bien que respectable, la pire des exclusions, c'est-à-dire la non reconnaissance de la différence de l'autre.

Jean-Noël LETELLIER

Psychologue

BRÈVES

LE POINT SUR LE COLLOQUE CITÉ ET SANTÉ MENTALE

Le 23 mai dernier, les organisateurs du colloque Cité et Santé Mentale qui doit se tenir à Cherbourg les 30 novembre et 1^{er} décembre prochains se sont réunis à l'Institut de Formation du C.H.S. de Caen pour une journée de préparation. Les responsables de l'association Prisme ont fait le point en présence de membres de Croix-Marine Basse-Normandie associée au projet. Le colloque prend forme avec l'assurance que cette manifestation se déroulera à l'I.U.T. d'Octeville qui met à la disposition des congressistes un amphi de 200 places. La restauration sera prise en charge par le restaurant La Cendrée. Il est à noter toutefois une modification importante. En effet, des six ateliers initialement prévus (voir revue Croix-Marine n°10), celui intitulé Urbanisme et Santé Mentale sera couplé avec Insertion; jusqu'où devons-nous aller?.

Il vous en coûtera pour ces deux jours dans le cadre de la formation continue: 300 F, prix individuel: 150 F, adhérents: 50 F, étudiants et usagers: 20 F. Le repas: 50 F, 100 F les 3. Prochaine réunion de préparation, le 3 octobre.

Pour toutes informations complémentaires, contacter Mme M.-J. PONT
Tel: 31.30.50.50

VOTRE COURRIER

Adressez les nouvelles que vous souhaitez voir apparaître:

- soit directement à Madame Maryse CORBET, secrétaire de rédaction A.C.M.B.N., Secrétariat du Docteur GOLSE, 50360 Picauville,
- soit au Docteur PITON, correspondant de la revue pour le département du Calvados,
- ou au Docteur ANDERSON, correspondant pour le département de l'Orne.

QUELQUES CHIFFRES

CONVENTIONS COLLECTIVE

Valeurs du point

CC 1951	(1/03/95)	25,59 F
	(1/11/95)	25,95 F
CC 1961	(1/03/95)	21,48 F
	(1/11/95)	21,79 F

Tarifs Médico-sociaux 1995

Service de soins	184,40 F
Care Médicale	151,85 F
Forfait Soins	18,80 F

Indemnités kilométriques au 1^{er} janvier 95

CC 1951	5 CV et moins	2,24 F
	6 CV et plus	2,67 F
CC 1966	5 CV et moins	2,08 F
	6 CV et plus	2,48 F

BRÈVES

AMARRAGE TOUTES VOILES DEHORS

L'association Amarrage d'Equedreville (50) était présente aux journées organisées par la ville de Cherbourg, Toutes Voiles Dehors, les 3, 4 et 5 juin 1995. Par ailleurs, Amarrage a proposé aux clients de la Caisse d'Epargne de Cherbourg, une exposition du 2 au 15 juillet. Ces manifestations ont permis aux adhérents de l'association de faire partager à un nombreux public la passion des vieux gréements et d'ancrer Amarrage encore un peu plus dans le patrimoine maritime du Nord-Cotentin.

GABARRE TOUTE

Les partenaires du projet "Gabarre", les associations l'ELAN et AMARRAGE et la municipalité de Picauville ont organisé une exposition dans le hall de la mairie de Picauville du 22 juin au 22 juillet 1995. L'objet de cet événement, faire découvrir le passé maritime des marais du centre Manche avec présentation de maquettes de gabarre (bateau de transport fluvial à fond plat) et maquette du pont de Picauville et de cartes postales anciennes qui retracent l'activité maritime de la Douve et de la Taute, notamment. Au delà de cette manifestation, le projet "Gabarre" doit devenir réalité avec la mise en chantier dès septembre au C.H.S. de Picauville d'une gabarre de 11 mètres de long qui devrait sillonner les cours d'eaux de la région dans un futur proche.

BRÈVES

COLLOQUE ALCOOL ET EXCLUSION - 24 JUIN 1995 A SAINT-LO

Le Conseil Régional de Prévention de l'Alcoolisme de Haute et Basse Normandie et le secteur de santé Mentale de Saint-Lô ont organisé le 24 Juin 1995 un colloque dont le thème était ALCOOL et EXCLUSION(s).

Il s'agissait de réunir tous les intervenants du champ médical et social pour confronter leurs points de vue et leurs expériences sur ce thème. Les interventions se sont déroulées en séances plénières ou au cours de différents ateliers.

En séance plénière, quelques aspects majeurs ont été proposés, qu'il s'agisse de l'aspect médico-social de l'exclusion abordé par Monsieur ALZON, Directeur de la D.D.A.S.S., de l'angle économique et social dans les départements bas-normands évoqués par le Professeur DERYCKE, économiste au CNRS et sa fille Madame le Docteur Françoise LEFORT-DERYCKE, ou encore de l'état actuel de la législation sur l'alcoolisme et les modalités de l'intervention judiciaire dont Monsieur LEDU, Procureur de la République, a dressé le bilan des moyens et des résultats. L'après-midi, le Docteur LOUSTALOT, ORL du Centre Hospitalier d'Alençon a posé le problème de l'exclusion intra-familiale et sociale des patients alcooliques présentant un cancer des voies aérodigestives supérieures et la journée s'est terminée avec Madame le Docteur AQUILINA, du C.H.A. de Toulouse, qui a fait un exposé sur le suivi des patients alcooliques désinsérés et désocialisés.

Ces grands axes ont été complétés et débattus au sein des ateliers, avec des approches très diversifiées.

Différents intervenants ont évoqué la place de la famille, notamment l'équipe du Docteur MIALON de Saint-Lô et l'Association des Familles Rurales représentée par Monsieur BOISSONOT, d'Alençon. Un enseignant, Monsieur Eric BARRE a parlé du retentissement scolaire de l'alcoolisme parental, tout comme le Docteur TISSEYRE de l'Association Départementale de Prévention de l'Alcoolisme de l'Orne. La question judiciaire a été complétée par Madame le Juge MARCHI, juge des enfants au Tribunal de Coutances et Monsieur COLINOT et Madame REGNAULT du service de probation. Le Capitaine LE PEMP, gendarme à Saint-Lô a expliqué quelle était l'influence de l'alcool dans le domaine de la Sécurité Routière mais plus largement dans celui de la Police Judiciaire et des interventions de la Gendarmerie. Le problème de l'insertion sociale a été traité par l'équipe de Monsieur BRIXTEL, Directeur de la Mission Locale du Centre-Manche et par l'A.D.P.A.S., d'Alençon sur les phénomènes d'auto-exclusion. Le thème de la prévention ne pouvait être oublié. C'était l'argument de Monsieur BELVISIO et du Docteur ILONGO travaillant au Centre de Post-cure de la Glacière ainsi que de Monsieur MILLIEN du Comité Départemental d'éducation pour la santé. Les modalités d'une prise en charge spécialisée ont été proposées par les docteurs SIBIREFF et OWINO ODHIAMBO ainsi que par le Docteur FOUILLAND et l'équipe du G.H.A. du Havre.

Le Docteur VEYRAT a proposé un abord plus original par le biais d'une vidéo traitant des rapports de l'alcoolique avec son corps.

L'ensemble des confrontations très riches, a permis d'aborder les aspects les plus divers d'une question malheureusement d'actualité.

L'atmosphère de cette journée a été très conviviale, ce qui a favorisé les échanges et les débats.

Nous pouvons espérer que ceux-ci permettront d'enrichir le travail de chacun des participants et de trouver des réponses aux difficiles questions posées par ces patients en situation si précaire sur le plan personnel et social.

JOURNÉES DE FLERS 12 JUIN 1995

"L'intentionnalité de changement ou le rendez-vous manqué"

par Jean-Paul VASSAL

PIÈCE EN TROIS ACTES ET PLUS...

1^{er} Acte :

Novembre 1993

Elisa est au centre hospitalier pour absorption massive de médicaments dans le cadre d'une tentative de suicide. Le service demande à ce que l'association Drog'Aide 61 la rencontre. L'entretien a lieu dans sa chambre. Elisa connaît Drog'Aide 61 par son frère et son beau frère qui y sont déjà venus pour eux.

**Elisa a 26 ans,
deux enfants,
une nombreuse fratrie.**

Elisa a 26 ans, deux enfants, une nombreuse fratrie. Elle consomme depuis quelques mois de l'héroïne, initiée en cela par son frère,

du haschisch depuis plusieurs années, de l'alcool et des médicaments. Elle est également anorexique.

Ses parents, mis au courant par son conjoint, l'ont menacé de prévenir l'assistante sociale et le juge pour enfants. Il s'ensuivra le passage à l'acte.

Elisa n'a pas de demande précise, dit son ras-le-bol et son désir de retourner chez elle.

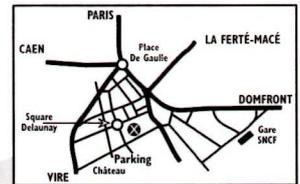
Pendant son hospitalisation rapidement, Elisa reprend son auto-médication au Lexomil. Le service hospitalier la fait sortir.

Ma collègue de Drog'Aide la rencontre à trois reprises pendant son hospitalisation. Elle note : " je ne suis pas optimiste, anorexie et toxico-

RENCONTRES CROIX-MARINE de BASSE-NORMANDIE

LUNDI 12 JUIN 1995
de 9 h 30 à 17 h 00 à **FLERS**

Quels regards et quels intervenants sur les
**Dépendances Alcooliques
et Toxicomanies**



- Matin**
- **L'évolution des concepts** Dr OURY et J.L. MACHAVOINE, Flers
 - **Table ronde sur l'interface entre le judiciaire et la santé**
 - Rappel du cadre législatif et de son évolution M. J. CREVEL
Procureur de la république d'Argentan
 - L'injonction thérapeutique M. VENEGUËSS et Mme LECLERC
Service d'application des peines d'Argentan
 - D'une concertation possible à un fantasme de départ Dr G. BOITTIAUX, Cherbourg
 - **Processus de changement et d'incarcération**
Mme CALINE, Drog - Aide 61
- Après midi**
- **L'hospitalisation, une étape possible ?** par l'équipe du C.H. de Flers
 - **Prise en charge de la toxicomanie en centre urbain**
par Mme LEVERRIER du centre de toxicomanie de Caen
 - **La place du médecin généraliste**
par le Dr LEROY Champsecret
 - **Enquête sur l'alcoolisme en centre Manche**
A. MIALON Service d'alcoologie St-Lô

Entrée conférence : Salle Madeleine Douantier, Square Delaunay
adhérent : gratuit 61100 FLERS
non adhérent : 30 F

Possibilité de REPAS : 80 F

Inscription auprès de : Mmes BUYSENS et FABAS
C.M.P. de Flers - Tél. : 33.64.44.61
chèque à l'ordre de l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie
Date de Clôture des Inscriptions :
31 Mai 1995

ASSOCIATION CROIX MARINE
DE BASSE-NORMANDIE
Fondation du Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. : 33 41 01 07 poste 466

Logo Croix-Marine

Elle confirme sa demande de sevrage

manie, ça fait beaucoup". Elle reverra Elisa en entretien 10 jours plus tard. Celle-ci a repris de façon massive des produits (héroïne, médicaments prescrit par son médecin). Elle s'est d'ailleurs fracturé le bras suite à une perte d'équilibre dans l'escalier. Elisa note la proposition d'accompagnement et demande un autre RDV dans 15 jours. On ne la reverra que 4 mois plus tard.

2^e Acte :

Mardi 1^{er} Février 1994

Appel du médecin hospitalier qu'Elisa consulte pour une demande de sevrage.

Il souhaite que nous la rencontrions afin d'évaluer sa demande. Il est d'ailleurs convenu que les prises en charge hospitalière des toxico-

comanes se fassent en lien étroit avec Drog'Aide 61.

VENDREDI, Elisa est reçue dans les locaux de l'association. Elle est sous effet de produits. Elle confirme sa demande de sevrage, cependant elle ne l'inscrit pas dans un projet plus global. Un nouveau RDV est prévu le mardi suivant.

A la fin de l'entretien Elisa exprime son angoisse devant le fait qu'elle n'a plus de médicaments: j'ai pris en 2 jours la prescription de 10 jours, à défaut de médicaments, j'irai chercher de l'héroïne.

Faire une pause !

Ma collègue l'invite à consulter son médecin traitant qui téléphonera pour la prescription (jusqu'au mardi).

MARDI, Elisa "reformule" sa demande et dit son souhait de "faire une pause" après l'hospitalisation.

Elle a quitté son compagnon et vit chez ses parents.

Les informations concernant les post-cures lui sont transmises.

Un Rendez-vous est pris avec le service de médecine.

VENDREDI, l'entretien a lieu à l'hôpital en présence d'Elisa, du médecin et de Drog'Aide. L'entretien est dense, Elisa contractualise avec le médecin sa demande d'hospitalisation (sortie, cigarettes, médicaments).

LUNDI, sur le compte-rendu je lis: "entretien annulé".

MARDI, "Elisa passe dans le service"

MERCREDI, Elisa arrive transformée, elle n'a pas pris de produit par manque de temps, dit-elle. Par contre, ne parle plus de sevrage, ni de post-cure. Elle dit avoir raconté des histoires, ne pas avoir quitté son ami.

LUNDI, "Elisa ne vient pas au RDV, ne prévient pas".

La crise est passée, il n'y a plus nécessité de changement.

3^e Acte :

7 mars 1995

Elisa se présente à Drog'Aide 61 pour un entretien demandé par la remplaçante de son médecin traitant. Je la reçois. Elle est sous effet. Elle dit ne plus supporter sa dépendance, elle demande un traitement de substitution (Temgésic).

Sans réponse positive (actuellement, il n'y a pas de médecin attaché au service), Elisa se rend au Centre Hospitalier où elle a le même refus (il n'y a pas non plus de programme méthadone dans l'Orne).

Le lendemain Elisa prend rendez-vous par téléphone pour un entretien où elle formule une demande de sevrage, "de tout arrêter" faisant référence à ses enfants dans ses motivations.

Elisa est hospitalisée de fait pour sevrage un mois plus tard avec un contrat hospitalier précis.

Auparavant je la rencontre soit à ma demande, soit à la sienne à plusieurs reprises.

Elle est également admise en gynécologie pour une salpingite puis au Centre Psychiatrique de l'Orne mais en HDT pour violence familiale. Ses parents menacent de lui retirer ses enfants.

Elle exprime aussi une demande de post-cure pour laquelle je lui fournis les informations nécessaires.

En cours d'hospitalisation je vois Elisa le plus régulièrement possible. Elle me dit ses difficultés au sevrage, me "confie" sa prise de néo-codion qu'elle se refuse à parler au médecin. Elle exprime sa peur de ren-

trer chez elle dans son quartier, mais elle met du temps à mettre en œuvre les demandes d'admission pour les post-cures dont les délais sont pourtant réputés très longs. Le médecin l'aidera en ce sens.

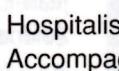
Elisa fait également des démarches pour se soigner les dents. Elle reçoit peu de visites de sa famille.

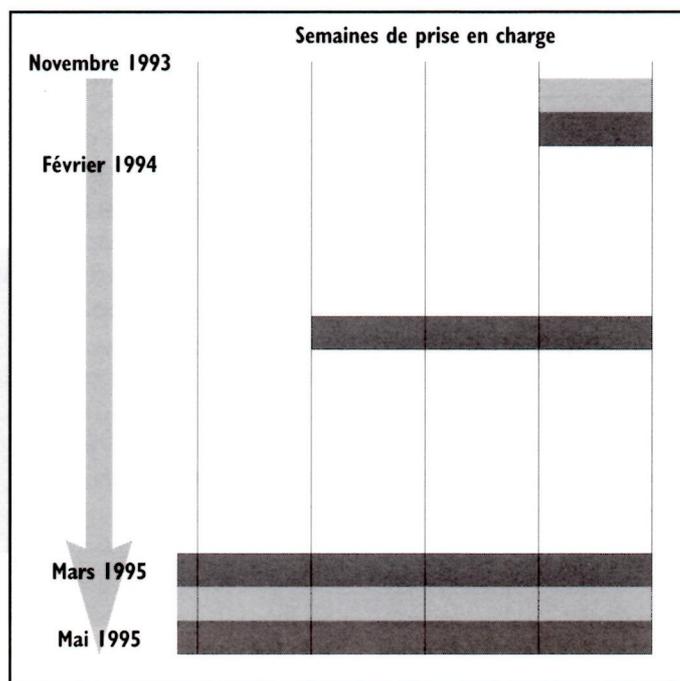
Elle a très rapidement une réponse positive du centre de post-cure de la Métairie avec qui elle doit s'entretenir par téléphone avant une admission possible vers le 15 mai.

La rechute ...

Parallèlement en concertation avec le médecin j'accompagne Elisa dans des démarches à l'extérieur du Centre Hospitalier (banque, recherche d'hébergement de transition qui n'aboutit pas, tribunal pour enfants).

Demande de sevrage de Elisa Prise en charge conjointe Centre Hospitalier / Drog'Aide 61

 Hospitalisation C.H.
 Accompagnement Drog'Aide 61



Elisa me demande à plusieurs reprises si je vais continuer à l'aider.

Elle est sortante le jeudi 27 avril. Elle dit se rendre chez sa sœur. En fait Elisa va directement chez elle où elle reprend, le soir même, avec un ami toxicomane des produits en quantité importante. Le lendemain matin elle est de nouveau hospitalisée à sa demande. Le service hospitalier et moi-même validons sa rechute et la démarche qui s'ensuit.

Elisa maigrit, est très angoissée, elle ne souhaite pas que la fenêtre de sa chambre soit réouverte.

Elle attend... son ami incarcéré doit être libéré prochainement.

Elisa commence à ne plus respecter le cadre hospitalier (absence aux visites du médecin).

Je rencontre sa mère à ma demande qui exprime beaucoup d'amertume, je lui dis la trajectoire du toxicomane. Elle sait, elle s'est occupée d'un de ses fils également toxicomane.

La sortie d'Elisa est rapidement envisagée quand le médecin trouve dans sa chambre des médicaments non prescrits. Il dit ressentir

Elisa sort du C. H. le 10 mai.

un échec. Elisa est sous effet de produits (médicaments,

alcool) lorsque je la rencontre une dernière fois.

Je suis moi-même "désorienté".

Elisa sort du CH le 10 mai.

Quelques jours plus tard je ferai le point sur son séjour avec le médecin; elle n'a pas donné suite à la demande de post-cure.

Elisa reprend contact par téléphone, une dizaine de jours plus tard avec Drog'Aide. Nous convenons d'un entretien le 29 avril.

Elisa n'a pas de demande exprimée, simplement l'intérêt de dire où elle en est.

Elle n'a pas repris d'héroïne par contre consomme du

néo-codion et précise que "c'est psychologique".

Elle veut retravailler !

Elle veut retravailler; j'explore avec elle les techniques de recherche d'emploi. Vu son intérêt déjà exprimé pour l'eau, je lui propose de financer des cours de natation. Cette possibilité paraît la stupéfier. Elle doit se renseigner. Nous convenons à sa demande d'un entretien pour le vendredi suivant.

Elle n'est pas venue...

A suivre...

Epilogue

Le contexte des entretiens a évolué.

Le premier contact a permis à Elisa de repérer les rôles des différents partenaires et donc de mieux positionner ses demandes ultérieures.

Progressivement elle va s'approprier les outils socio-médicaux.

Le Centre Hospitalier s'occupe de sevrage, Drog'Aide 61 travaille plus dans l'accompagnement socio-psychologique et dans la continuité.

Dans ce contexte, l'hospitalisation doit s'intégrer dans une démarche plus globale. Elle ne doit pas être faite dans la précipitation. Outre le sevrage, c'est elle qui permet à l'usager la coupure avec son milieu. C'est un temps d'élaboration psychique et de changement dans sa relation avec les produits.

Elle permet également le renforcement du rôle de Drog'Aide 61, qui se positionne différemment sur la notion d'échec ou de réussite de sevrage.

Ainsi le toxicomane fait connaissance avec le réseau de soin et l'utilise en fonction de son intentionnalité de changement. Il se doit d'être acteur de sa démarche.

Cela nécessite un important travail de partenariat avec des temps d'échange et de régulation, ainsi que des temps de formation spécifique.

La prise en charge du toxicomane ne s'entend qu'au long cours en partenariat, où les rôles de chacun sont bien repérés et compris.



Jean-Paul VASSAL
Animateur socio-éducatif

Drog'Aide 61
30, rue de Sarthe
61000 ALENÇON

Quelques repères de l'évolution conceptuelle de l'alcoolisme et des toxicomanies

par E. OURY

Jusqu'au 19^e siècle, on décrit les troubles du comportement ou de l'organisme liés au trop boire. C'est l'augmentation de la consommation d'alcool qui va développer les observations médicales. L'alcoolisme fait son entrée dans le champ neuro-psychiatrique par le delirium tremens (SUTTON), par l'idiotisme (un des 5 types d'aliénation mentale décrits par PINEL); l'idiotisme qui pourrait tenir à des causes variées: "l'abus des plaisirs énervants, l'usage de boissons narcotiques..." ESQUIROL fait de l'éthylisme une des catégories de la monomanie. Il rapporte ainsi l'observation d'un avocat adonné à l'ivrognerie qui promettait de se corriger et retombait toujours dans le même vice. ROESCH donne le nom de dipsomanie à ce vice lié aux appétits de jouissance.

En utilisant le terme d'alcoolisme, MAGNUS HUSS regroupe l'ensemble des symptômes pathologiques qu'entraîne l'abus d'alcool. Il place l'alcoolisme dans les maladies par empoisonnement au même titre que l'ergotisme ou le saturnisme. La folie alcoolique reste une composante incompressible de l'internement (entre 1897 et 1900 on dénombre 1/4 d'alcooliques au minimum pour les aliénés internés dans le département du Calvados). La folie née de l'abus d'absinthe emporte l'horreur; à tel point que les médecins veulent distinguer l'empoisonnement à l'absinthe qu'ils nomment absinthisme, du traditionnel alcoolisme.

La notion d'ivrognerie en tant que vice populaire va supplanter la maladie alcoolique à la fin du 19^e siècle, en psychiatrie dans les théories de

la dégénérescence, en médecine où l'alcool devient la cause de toutes les maladies modernes (malgré les allégations de VILLEMEN, les médecins continueront à clamer que "l'alcoolisme fait le lit de la tuberculose") dans le corps social où on attribue de plus en plus couramment à l'alcool la responsabilité du mauvais fonctionnement de la société (la commune de Paris est ainsi présentée comme "un monstrueux accès d'alcoolisme aigu").

Alcool = toxicomanie

Les sociétés antialcooliques vont naître de la prise de conscience des dangers que fait courir l'alcoolisme à l'ordre social (on pourrait dire à l'establishment"). La société française de tempérance fonctionne sur un mode élitiste. Elle veut éduquer; prévenir la lente déliquescence de la race française empoisonnée par l'alcool. Pour détourner l'homme du cabaret et de la boisson, les antialcooliques préconisent des mesures sociales: rendre l'habitat confortable, apprendre au peuple à se nourrir, développer des loisirs sains. Pendant la guerre de 14/18, une vaste propagande va s'employer à éradiquer l'alcool du pays, alors que l'alcool

ne manquera jamais au Front. Seule la Croix Bleue occupe une place à part dans le courant antialcoolique de l'époque, car elle s'adresse avant tout aux buveurs repentis, décidés à guérir "avec l'aide de Dieu et sa Parole" comme le disent ses statuts. Les abstinents, péjorativement traités de buveurs d'eau, passent en France pour des marginaux intransigeants, sans foi et sans chaleur humaine, à la limite des asociaux et des anormaux.

Au début du 20^e siècle apparaît le terme de toxicomanie. Il est réservé à l'usage des drogues classées dans la catégorie des stupéfiants.

Le premier mouvement d'usage mal contrôlé de drogues est observé aux États Unis à la fin de la guerre de Sécession où 45000 soldats rentrant dans leur foyer sont devenus morphomanes.

La 1^{re} grande réglementation sur l'importation, la vente et l'usage des produits stupéfiants date de 1914. Le Harrison Act interdit l'usage de stupéfiant: le toxicomane perd son statut de malade pour devenir délinquant, le médecin n'a plus le droit de prescrire de drogue, les hôpitaux traitant les toxicomanes sont fermés. Ces changements dans la législation américaine se font parallèle-

ment au développement de la prohibition en matière d'alcool. Ils sont en lien avec la crainte de la subversion intérieure dans la période de l'après-guerre. Alors qu'en 1930 la prohibition cesse, le mouvement répressif s'accroît pour les toxicomanes: peine de mort prévue pour le délit de revente, création de pénitenciers spéciaux pour toxicomanes. Dans certains états, le toxicomane n'a pas le droit de circuler dans la rue sauf s'il peut prouver qu'il est soigné par un médecin, or les soins médicaux aux toxicomanes sont interdits... Ce n'est qu'en 1962 qu'aux États Unis le toxicomane a un statut mixte délinquant et malade à la fois.

La conception médicale de la dépendance a suivi ce courant politique et idéologique. En 1950, l'OMS définit la toxicomanie: c'est un état d'intoxication chronique, nuisible à l'individu et à la société... Ses caractéristiques sont un invincible désir ou besoin de consommer ou de se procurer la drogue par tous les moyens, une dépendance

Substitution par la Méthadone

d'ordre psychique et parfois physique à l'égard des effets de la drogue.

La nécessaire protection de la société se retrouve dans les caractéristiques législatives où le toxicomane est à la fois délinquant et malade, ou la loi de 1954 prévoit la création de centre de rééducation pour les alcooliques dangereux. Elle sous-tend la question des traitements de substitution par la MÉTHADONE, le maintien ou non de l'interdit de l'usage. La dépendance à l'égard des effets de la drogue a alimenté les recherches pharmacologiques, d'une part en tentant de spécifier les mécanismes neurobiologiques sous-jacents, d'autre part en recherchant d'illusioires produits de substitution n'entraînant pas de dépendance. La recherche de Canada Dry des différentes drogues hante d'ailleurs la médecine depuis le 19^e siècle (l'illusion d'un produit qui ne soit pas à la fois bon et mauvais). L'alcoolisme chronique sature les récepteurs morphiniques cérébraux ce qui expliquerait la dépendance. Mais les anciens alcooliques évoquent les ivresses sèches malgré des années d'abstinence totale et le patch à la nicotine n'empêche pas de fumer.

Le concept de dépendance fonde l'unité de la pathologie entre alcoolisme et toxicomanie. L'OMS substitue au terme d'alcoolisme celui de syndrome de dépendance à l'alcool. FOUQUET définit l'al-

le tabac, les drogues. JELLI-NECK se fait le héraut de la notion de dépendance alcoolique puisque, dans sa classification, les deux premiers groupes n'associent pas de dépendance. On essaie de distinguer les buveurs excessifs des alcoolodépendants (un comportement/une maladie). Les Centres d'Hygiène Alimentaire s'adressent à l'origine aux buveurs excessifs: rééducation d'un comportement, prise de conscience du risque de dépendance... Cette notion de dépendance a cependant le mérite d'éviter les écueils de la quantité et de la référence à la norme.

Albert MENNI va énoncer dans son livre les règles de fonctionnement de la dépendance:

- La loi du Tout ou Rien régit la relation entre le sujet et le pourvoyeur. Celui-ci est unique, infaillible, censé n'avoir aucun désir.

- L'objet est ambigu, le passage d'un objet à un autre est possible si la dépendance n'est pas trop fixée.

- La dépendance relève de la satisfaction d'un besoin, le plaisir obtenu est un super-plaisir, la séparation est un drame, le bénéfice l'emporte sur le risque.

MENNI rattache la problématique de toutes les dépendances aux vicissitudes de la relation mère-enfant.

L'individu entretient une relation plus ou moins étroite avec l'objet de dépendance, relation qui se modifie tout au long de sa vie selon ses rapports à l'environnement.

Dans cette approche, l'accent est mis sur les conduites et non sur les effets du produit. L'objet perd son côté magique; ce n'est plus la drogue qui fait le toxicomane; la question de la prise de conscience de la dépendance

devient alors le moment qui fonde la demande de soins. Cette approche concerne aussi bien les alcooliques que les intervenants en toxicomanie. Ceux-ci ont pu expérimenter l'augmentation des

3 points de repères significatifs.

demandes de soins en fonction des actions de police limitant, voire supprimant transitoirement, l'accès au produit. Mais le sevrage n'a rien à voir avec la cure, c'est-à-dire la possibilité de se mettre en manque.

Rodolphe INGOLD a ainsi essayé de repérer, à partir d'une étude de la population de Marmottan entre 80/85, dans la trajectoire des toxicomanes, des étapes, des faits, des circonstances, pouvant devenir significatifs par rapport à la dépendance. Il part de l'hypothèse de 3 points de repères significatifs:

- La date de la première prise d'HEROINE.

- La prise de conscience de la dépendance.

- La date du 1^{er} recours à l'Institution Soignante.

Sur le plan quantitatif, 4 ans sont l'intervalle Temps moyen.

SP le plan qualitatif, il souligne la dimension d'impulsivité, de passage à l'acte dans la demande de soins qui, en fait, vise à contrôler et à gérer la dépendance. Certains n'utilisent pas l'institution soignante mais le circuit pénal. La 4^e première incarcération a ainsi valeur de passage à l'acte souvent absurde (délinquance banale), amenant un maximum de rentabilité en ce

qui concerne la cessation de l'usage de drogue.

En fait, l'écoute des patients alcooliques ou toxicomanes a permis de découvrir les ressorts psychodynamiques entraînant l'individu à la répétition de l'acte de boire, à la répétition du shoot. L'effet immédiat de cette répétition est de ne pas se laisser faire l'expérience du manque; l'individu sait ce qui lui manque

(le produit); l'acte court-circuite toute possibilité d'élaboration mentale; il comble le vide mais le soulagement et l'illusion de maîtrise sont sans cesse à recommencer.

C'est sur la question de la répétition et de la modification des conduites alcooliques ou toxicomaniaques de ces 10 dernières années que s'est constitué le concept d'addiction et qu'il s'est élargi.

Le concept d'addiction décrit en fait un état, un comportement. Les Anglo-saxons disent "to be addict" (être accro, être esclave). Dans cette perspective, l'addiction est un processus selon lequel un comportement susceptible de pro-

La notion d'addiction.

curer du plaisir ou d'apaiser les tensions internes entraîne une perte de contrôle et persiste en dépit de ses conséquences négatives. Ce modèle de l'addiction tente de prendre en compte un comportement impliquant l'assuétude et la réduction du désir au besoin.

La notion d'addiction a largement dépassé la problématique de l'alcoolisme ou des toxicomanies. Elle intègre des

La loi du tout ou rien !

coolisme par la perte de la liberté vis à vis de l'alcool. Les synonymes de dépendance: asservissement, esclavage, chaîne, soumission, sont largement utilisés dans les slogans de lutte contre l'alcool,

troubles des conduites mettant en jeu le corps (suicide à répétition, boulimie...) ou les addictions sans drogue (jeu pathologique, kleptomanie, certains comportements sexuels).

La clinique de l'alcoolisme ou des toxicomanies s'est modifiée, en particulier chez des

Les nouvelles conduites.

sujets plus jeunes, associant l'utilisation de produits multiples, ou d'autres conduites pathologiques répétitives.

Ces nouvelles conduites appellent nécessairement des références à la psychopathologie de l'adolescence, d'une

part parce qu'il s'agit d'une population jeune, d'autre part parce que c'est le recours à l'agir qui fonde cette répétition (agir qui se situe essentiellement au niveau du corps). Dans ces conduites addictives chez les jeunes, on retrouve en arrière-plan une dimension dépressive permanente, narcissique; le sentiment de vide qui est au cœur de la notion clinique d'état limite.

Il n'est pas exact de considérer que toute prise de produit chez le jeune va entraîner des conduites de répétition et d'escalade. La prise du produit garde toujours aujourd'hui sa fonction traditionnelle de rite initiatique, d'introduction à une société de pairs, de subversion.

Pour s'arrêter à la prise de

produit psychotrope, le clinicien sait que tous les produits ne se valent pas. L'alcool reste toujours un facteur de sociabilité, l'usage d'opiacés est une transgression qui pose la question pour le sujet de la limite et des rapports à la loi, qui reste un mode de protestation, un refus d'assimilation.

Le risque de mort ou le jeu avec la mort n'a pas la même signification lorsqu'on se shoote ou lorsqu'on boit. La peur de l'overdose, le doute, la conscience du danger existent à chaque injection pour le toxicomane qui utilise d'ailleurs des rituels conjuratoires. Les usagers traditionnels d'alcool n'ont pas l'impression de risquer leur vie à chaque fois qu'ils remplissent leur verre. La mort reste à l'horizon dans un avenir incertain, lointain. Le passage des

drogues illégales à l'alcool, de l'alcool aux tranquillisants, signe souvent pour les soignants un échec grave. Les sujets ne transgressent plus, n'interpellent plus; ils se soumettent à des impératifs extérieurs sans dépasser leur problématique intérieure.

Le concept d'addiction ou de dépendance ne peut pas recouvrir l'ensemble des conduites d'alcoolisation ou de toxicomanie. Il convient en effet en particulier chez le sujet jeune d'éviter toute globalisation préjudiciable et inadaptée, de maintenir des modalités de prise en charge diversifiées et surtout d'évaluer ces conduites de répétition dans l'histoire individuelle de chacun.

Alcoolisme et Toxicomanie : Éléments de psychopathologie psychanalytique

par Jean-Luc MACHAVOINE

Sans ignorer les produits et leurs effets pharmacologiques, sans oublier la dimension socio-politique, la psychopathologie psychanalytique se propose comme réflexion théorique sur la clinique alcoolique et toxicomaniaque. Il s'agit de considérer les dispositions affectives profondes de ces comportements envisagés soit comme symptômes, soit comme problématiques essentielles pour en préciser le sens, notamment du point de vue dynamique et économique.

La littérature et l'expérience psychanalytique sont relativement peu abondantes dans le champ de l'alcoolisme et / ou des toxicomanies, comparé à celui des névroses, des psychoses et des perversions.

Des raisons socioculturelles et même morales sont souvent évoquées. D'autres explications, liées au fonctionnement psychique des alcooliques et des toxicomanes (difficultés de mentalisation, tendance à l'agir), peu adapté, et réciproquement, au dispositif analytique classique, mettant à mal le jeu du transfert et du contre-transfert, doivent être

soulignées. Enfin, les positions de FREUD lui-même, tant sur le plan théorique que sur celui de son propre rapport au toxique (cocaïne, tabac), peu-

Les positions de Freud.

vent être à l'origine de certaines errances comme si certaines réflexions s'étaient vues frappées d'interdit dans la communauté psychanalytique.

S. FREUD n'a jamais produit de modèle théorico-clinique de l'alcoolisme ou de la toxicomanie qu'il ne distingue d'ailleurs pas toujours.

Néanmoins, ses remarques et notations, tout au long de son oeuvre, depuis la "Naissance de la Psychanalyse" (1897/1902) jusqu'au "Malaise dans la Civilisation" (1930) mériteraient d'être étudiés dans le détail. [...]

I - L'ORALITÉ.

S. FREUD (1905), puis K. BRAHAM (1916) avaient souligné la prévalence des désirs oraux dans toutes les toxicomanies (alcoolisme, morphinomanies, et même "fringales compulsives").

S. RADO (1926) propose la notion "d'orgasme alimentaire", satisfaction sur un mode régressif oral d'une excitation sexuelle d'origine œdipienne. Il remarque l'importance des fixations orales dans les prédispositions à la toxicomanie, que la drogue soit absorbée oralement ou non.

Pour J. GLOVER (1928), la fixation électorale au stade sadique oral dans l'alcoolisme conditionnerait toutes les relations objectales futures, en prenant la coloration de l'ambivalence orale: Dépendre - Ne pas Dépendre.

Etudier la relation aux objets réel et fantasmatiques

O. FENICHEL (1945) fait le lien entre narcissisme et obtention de nourriture, ou de tiédeur, au détriment de tout autre plaisir: Il évoque des "toxicomanies sans drogue".

Plus qu'un mode de satisfaction régressif à un stade de développement pulsionnel, via l'excitation d'une zone érogène, c'est le mode de relation aux objets réels et fantasmatiques qu'il faut étudier pour caractériser un stade libidinal.

A côté de la source et du but, S. FREUD (1915) avait défini l'objet de la pulsion. Certains de ses successeurs, comme

M. KLEIN ou M. BOUVET, développeront la notion de Relation d'Objet, permettant d'envisager les interrelations entre le sujet et l'objet, la dialectique entre l'objet interne et l'objet externe.

Le Toxicomane ou l'Alcoolique ne consomment pas par simple Recherche de plaisir érogène (pour avoir chaud au corps ou au gosier, encore que!), mais surtout parce qu'ils entretiennent avec leur objet toxique une relation de dépendance, teintée d'amour, de haine, de sadisme, de masochisme, dont le prototype, la Relation à la mère, se situe justement à ce stade précoce de développement caractérisé par l'incorporation. L'incorporation est le mode d'activité propre du stade oral. A ce stade précoce, le rôle de la mère est déterminant dans la liaison des tensions et l'instauration de la capacité de rêverie chez l'enfant.

Si la relation se trouve perturbée (carences affectives, excès de satisfaction, traumatisme désorganisateur, séduction précoce, manque de fiabilité), l'enfant sera soumis à des débordements pulsionnels

le mettant en état de détresse et annihilant les capacités de penser de son appareil psychique encore précaire: la fixation orale est là!

D'où une incapacité à supporter la séparation, le vide: Anaclitisme; incapacité d'être seul (WINNICOTT), et le recours ultérieur à un objet toxique, objet de dépendance, de besoin, pour continuer à dénier toute absence, tout manque: "Illusion du Plaisir Primitif Retrouvé" (P. AULAGNIER - 1979).

Comme la représentation psychique s'origine de l'absence, comme le Désir naît du manque, on comprend, là, le

risque d'effacement, de régression archaïque du sujet derrière le besoin absolu de son objet qui le conduit sur la voie de l'autodestruction: Jeu de la Roulette Russe (J. BERGERET - 1991).

La place du corps ...

L'incorporation réelle dans le corps, par la bouche mais aussi par le nez, la peau, subsiste à la place des mécanismes d'introjection et d'identification dont elle était le prototype (étayage). Ce recours à l'incorporation signe là une défaillance d'élaboration symbolique; celle-ci se trouve maintenue et renforcée par l'incessante répétition qui réalise un véritable court-circuit de la mentalisation.

Pour J.-L. PEDINIELLI (1993): L'incorporation Réelle, "le corps en acte réalise le substitut d'une opération psychique et participe d'une démétaphorisation abolissant la dimension imaginaire du manque".

Nous voyons là la place du corps comme origine et point d'impact d'un mode de fonctionnement psychique défaillant et nous saisissons là l'importance vitale (fut-ce-telle un leurre), de la dépendance à un objet externe substitutif, même toxique pour s'assurer d'une existence interne menacée par le vide, angoisse insupportable.

Par rapport à cette Angoisse du vide non élaborée, non liée à des représentations, Joyce Mac DOUGALL (1978, 1982, 1989), s'intéressant au destin de cet affect, propose le

mécanisme de Forclusion de l'Affect (forclusion: terme introduit par J. LACAN à l'origine du fait psychotique et repris par J. BERGERET dans le champ des états limites). Elle voit justement le retour de ce

forclus dans le réel du corps, via ce qu'elle appelle un Acte-Symptôme, distinct du symptôme névrotique, au sens psychanalytique du terme. L'acte-symptôme serait caracté-

ristique des états psychosomatiques dans lesquels J. Mac DOUGALL intègre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Pour J. Mac DOUGALL, la défaillance dans l'introjection de la fonction maternelle, perturbe la mise en place des phénomènes transitionnels et crée un clivage. Une partie du Moi se referme sur le monde subjectif interne et l'autre se tourne vers le monde extérieur sur la base d'une pseudo-adaptation complaisante, caractérisée par le conformisme, la banalité des échanges, la pauvreté fantasmatique et la difficulté d'établir une relation transférentielle.

Les notions de pensée opératoire au sens de P. MARTY et de M. De M'UZAN (1963) ou d'alexithymie au sens de P.-E. SIFNEOS (1975) pourraient être judicieusement référées à ces "anti-analysants" que constituent malades

Ni relation, ni conflit ...

alcooliques ou toxicomanes. Les objets n'existent que pour être consommés dans leur matérialité; il n'y a ni relation, ni conflit. Ils n'ont pas de valeur transitionnelle entre le dehors et le dedans; ils sont

absorbés, engloutis sur le mode de l'incorporation, sans mentalisation.

J. Mac DOUGALL parle alors d'objets transitoires qui doivent être sans cesse renouvelés: "une drogue ou un autre utilisé comme une drogue".

L'addiction devient le seul recours, dans l'agir avec un

objet pris dans l'extérieur, sans que s'instaure une véritable élaboration des deuils et de la dépression; dépression non symptomatique, dépression essentielle au sens de P. MARTY (1968) où l'acte de boire, l'acte de se droguer, constitueraient une tentative pour éviter la survenue et l'éprouvé d'affects dépressifs.

II - LA PULSION DE MORT

Elle a été postulée par S. FREUD en 1920, à partir de la prise en compte:

- Des phénomènes de Répétition ne se laissant pas réduire à la recherche d'une satisfaction libidinale ou à une simple tentative de maîtrise des expériences déplaisantes: rêves traumatiques pénibles; reviviscences d'expériences pénibles dans le transfert.

- De l'importance des notions d'ambivalence, d'agressivité, de sadisme et de masochisme, telles qu'elles se dégagent dans la clinique de la névrose obsessionnelle et de la mélancolie.

- Du caractère irréductible de la haine à la pulsion sexuelle.

S. FREUD ne s'est pas appuyé sur la clinique de l'alcoolisme et des toxicomanies pour soutenir ce concept, et pourtant on y retrouve:

1 - La Compulsion de Répétition avec ces successions de traumatisme, d'accidents, d'ennuis et de troubles somatiques, illustrant ce "retour vers le zéro" (DESCOMBEY - 1994).

2 - La désintrinsication mortifère: la dimension de plaisir a quasiment disparu (le plaisir est remplacé par le besoin irrépessible) et la dimension de haine, d'agressivité, s'est imposée dans un retournement sur le Moi.

3 - Le travail en silence de cette pulsion de mort qui diffère par rapport à la mélancolie.

Les alcooliques n'ont guère l'impression de risquer leur vie à chaque fois qu'ils prennent un verre. Le danger est perçu comme risque de déchéance, de maladies mais la mort reste à l'horizon dans un avenir lointain et incertain. Il y a négation du danger mortel (A t h a n a t o g n o s i e).

Un retournement sur le Moi.

Les Alcooliques Repentis parlent d'ailleurs de "suicide à petit feu" (notion de passivité), ce qui est différent chez les toxicomanes où il y a conscience du risque, voire recherche du risque, dans une dimension transgressive avec mise en œuvre de comportements potentiellement mortels.

L'automatisme de répétition

A. De MIJOLLA et S.A. SHENTOUB (1973) insistent beaucoup sur l'automatisme de répétition dans la vie de l'Alcoolique.

Pour eux, l'acte de boire (court-circuit de l'activité fantasmatique d'élaboration) inlassablement répété aurait, au début de la destinée alcoolique, une dimension vitale: abrégier des quantités d'énergie pulsionnelle que la misère d'éla-

boracion n'avait pas permis de lier à des représentations. "Mais cette répétition s'avérerait de plus en plus coûteuse du fait des risques d'épuisement, du blocage de l'élaboration psychique tandis que s'ajouterait aux modifications psychiques le poids des délabrements corporels comme autant de reviviscences dans l'identique des traumatismes primaires qui s'imposeraient comme excitation supplémentaire à lier et à projeter".

La Fonction d'ab-réaction de la compulsion de répétition s'avérerait de plus en plus dérisoire et la liaison libidinale de plus en plus réduite.

L'ordalie

Anciennement, épreuve judiciaire par les éléments naturels, Jugement de Dieu par l'eau ou le feu (par rapport à Accusations de sorcellerie), ce terme signifie maintenant: recherche du risque de mort et défi à la mort.

Ce concept a été réintroduit dans le champ des toxicomanies par A. CHARLES NICOLAS - 1981.

Là où il y a exigence vitale de l'objet de besoin (différent de l'objet de désir), il ne s'agit plus de plaisir mais de jeu avec la

Tout devient danger, toute modification intérieure ou extérieure devient traumatisante, tout pousse à boire.

Pour De MIJOLLA et S.A. SHENTOUB, il y a "Répétition de la Répétition". L'acte de boire est progressivement éloigné de son sens,

Masochisme primaire !

sa répétition ramenant directement au masochisme primaire (S. FREUD - 1915) et à la pulsion de mort.

Nous avons nous-mêmes établi une parenté avec la névrose traumatique (J.L. MACHAVOINE - 1984), où il y aurait répétition sans cesse d'expériences anciennes pénibles, sans lien à leur prototype, ce qui conférerait à l'angoisse cette dimension d'accès et d'excès, véritablement traumatique, où tout est toujours à refaire à l'image des Danaïdes remplissant toujours leur tonneau percé et de Sisyphe roulant à jamais son rocher.

mort, de jeu de mort, qu'on peut retrouver aussi dans certaines tentatives de suicide ou dans certaines passions du jeu.

Pour M. FAIN (1981): "Il s'agit du risque de mort éprouvé pour permettre au sujet de vivre, d'être celui qui survit contrairement à d'autres".

J.-L. PEDINIELLI (1988) distingue Alcoolisme, Toxicomanies olfactives et Toxicomanies majeures (opiacés).

1) Alcoolisme et toxicomanies olfactives

Il y a un plaisir de fonction sur un mode auto-érotique. On note la répétition d'un plaisir d'organe opérant un étayage inverse de la pulsion au sens où le fonctionnement corporel dicterait sa loi au sujet et non l'inverse.

Il s'agit de retrouver l'objet originare perdu dans l'extérieur pour s'assurer d'une existence interne en l'incorporant: problématique de l'Avoir.

La jouissance corporelle est éprouvée sur un fond de risque mortel à long terme et souvent dénié. ("Suicide à petit feu"). C'est l'Athanatognosie dont parle J.-P. DESCOMBEY (1994).

Cette lente autodestruction silencieuse d'un sujet en quête de retour d'une satisfaction perdue (Angoisse de perte d'objet, abandon) évoque spécifiquement le jeu de la Pulsion de mort.

La mort peut néanmoins faire irruption par le suicide envisagé alors comme tentative de se défaire du corps persécuteur ou comme deuil impossible du toxique (mélancolique) mais, là, la mort ne participe pas de l'ordalie, mais d'une rupture dans l'économie de l'addiction.

2) Toxicomanies avec risque d'overdose.

La jouissance corporelle apparaît secondaire au triomphe sur la mort, à la répétition du danger impliquant la jouissance mégalomane du sujet.

"S'il n'y a pas la mort, le jeu n'en vaut pas la chandelle".

Cette mort n'est pas seulement la mort du sujet (déniée partiellement dans un fantasme d'immortalité)... mais aussi la crainte qu'elle inspire à l'autre, sorte de défi à l'Autre (A) tout puissant, qu'il s'agit de rendre comptable de sa possibilité d'exister.

C'est un Appel à l'instance

Tierce, une quête de limites, un appel à la loi (dans la transgression), comme pour se protéger de la fusion avec l'objet (ne pas être l'objet de complétude de la mère). C. OLIVENSTEIN évoque ces jeunes venus après un frère mort ou handicapé. Il s'agit d'opérer une séparation, de rompre avec la dépendance, fut-ce au prix de la mort; et le risque du SIDA n'a fait que redoubler les choses.

C'est donc la problématique de l'Etre comme s'il fallait payer, dans le réel, la dette non élaborée du fait d'un déni de la castration symbolique.

La métaphore ordalique permet de reformuler en termes de mort

- renaissance, la tentative toxicomane de s'auto-engendrer, formulée par C. OLIVENSTEIN (1987).

Pour poursuivre la distinction Alcoolique - Toxicomane, nous pourrions conclure avec F. PERRIER (1974): "La différence entre le Thanatolien et le Toxicomane, c'est le soi-même". Le drogué, dans la panique glaciale et glaciaire d'avant la piqûre, veut s'envoyer dans la métaphysique galactique d'une autre naissance, de lui, pour soi-même, à lui tout seul, et avec tous autres inconnus. Il veut sans doute s'enfanter mais hors de la terre oedipienne du langage. Le thanatolien ne prétend pas aller aussi loin (du coup les drogués le méprisent). Sa démarche d'auto-engendrement ne concernerait pas un soi-même (Self et Faux-Self de WINNICOTT), mais une tentative de naissance par soi-même, au nom d'un mariage qui n'a pas eu lieu.

Ce protocole a été élaboré à la suite d'une session de formation organisée en Mai 1991 pour un groupe de 12 infirmiers(ères) du CHG.

Cette formation encadrée par Madame OURY (psychiatre) et Madame BOUCHARD (infirmière spécialisée en alcoologie) répondait à la demande des équipes d'organiser un temps de soins actifs car elles estimaient que le malade alcoolique était délaissé et mal compris dans les services de médecine.

De la conception à la réalisation de ce protocole, il y a eu collaboration entre les services de médecine. Cela n'a pas été une demande unilatérale mais une collaboration dès son démarrage, ce qui détermine son état d'esprit. Nous pensons que le patient peut sentir qu'il n'y a pas de toute puissance des uns ou des autres et qu'il est libre de puiser sa demande où bon lui semble. La surveillante du service de gastro-entérologie a eu un rôle moteur dans la mise en place de ce protocole puisqu'elle a su faire passer son équipe d'une vision péjorative de la maladie alcoolique où le malade était incompris, voire délaissé, à une conception thérapeutique où le malade était écouté et soigné. Cette attitude a eu un effet d'entraînement et l'hôpital se range progressivement à cette vision des choses.

Le sevrage d'un malade alcoolique est d'ordinaire passif:

- demande influée par l'entourage, le médecin traitant, le médecin du travail, sous la menace d'une séparation, d'un chômage,
- demande sous forme d'injonction de soins par le tribunal.

Transformer ce sevrage passif en sevrage actif, tel est ce qui a motivé la mise en place d'un protocole de soins aux malades alcooliques au centre hospitalier de Flers. Nous avons pensé que cela permettrait aux patients de:

- passer d'une culpabilité, d'une honte, à l'acceptation du concept de maladie,
- passer du refuge avec le toxique, à une vie de groupe dans le but de se soigner à l'hôpital,
- accepter la formule de soins proposée par les somaticiens,
- passer d'une alimentation par l'alcool à une réhabilitation du goût,
- comprendre la notion de dépendance et émettre un projet de vie dans lequel l'alcool serait banni,
- retrouver une dignité sociale,
- comprendre l'effet de l'alcool sur les tensions internes et acquérir les techniques de relaxation.

La participation au protocole donne un sens à l'hospitalisation, situe le patient dans une réelle demande de soins, lui redonne un pouvoir de décision et une identité.

Deux situations d'entrée différentes apparaissent:

a) entrée d'un patient en accord avec le fait de se soigner:

Le patient est donc conscient de son intoxication éthylique. La présentation du protocole entrera donc spontanément dans le programme de sa cure de sevrage. Sans pour cela mettre en doute la parole du patient, il arrive que la demande ait des commanditaires. L'injonction de soins familiale, médicale, ou judi-



L'hospitalisation Une étape possible

par France BOUCHARD et Pierre HÉLIE

ciaire n'est profitable au patient que si elle est suivie d'une décision personnelle où le patient se rend compte des améliorations qu'il va ressentir en cessant de consommer.

b) le patient malgré lui :

Le patient entre pour une pathologie induite par l'alcool, sans que celui-ci ait conscience du rôle inducteur de ce toxique dans son arrivée à l'hôpital. Le retentissement est aussi chirurgical (accident de la voie publique, chute au travail, altercations...) que médical (troubles digestifs,

neurologiques, cérébraux). Nous tenons à prendre en charge le patient dans son service d'entrée afin de pouvoir se baser, dans nos entretiens, sur les conséquences somatiques occasionnées par son intempérance. Tous les services de l'hôpital connaissent l'existence du protocole et sont à même de le proposer aux patients.

Le traitement et l'abord avec le malade de la pathologie somatique peut être l'occasion d'une rencontre soignant-soigné, donc le support d'un suivi psychothérapeutique concernant la conduite alcoo-

lique elle-même. Conduite d'alcoolisation et conséquences somatiques étant liées, on ne peut réduire l'alcoolisme à l'un seulement de ces deux versants.

Nous présentons le protocole comme la possibilité de réfléchir à une vie différente pour lui-même et son entourage familial et professionnel.

Il y a toujours une réflexion entre la présentation du protocole et son acceptation par le patient. Même si la lecture en est rapide (3 pages), nous précisons au patient qu'étant donné qu'il implique une vie

différente, cela mérite qu'il s'y attarde. Nous proposons que la famille puisse le lire également. Attendre une réponse de la part du patient signifie qu'on lui donne la possibilité de réfléchir sa vie au lieu de l'exprimer dans l'immédiateté d'une alcoolisation comme il le faisait auparavant.

Un autre cas de figure :

- le patient entre à l'hôpital pour faire un bilan et voir où il en est par rapport à l'alcool, "se réparer" mais n'est pas prêt pour une démarche plus approfondie telle que le protocole qui demande une prise de conscience des consé-

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<p>Matin</p> <p>RELAXATION Apprendre à se détendre</p>	<p>Matin</p> <p>RELATION A L'ALCOOL Etre dépendant et retrouver son indépendance psycho</p>		<p>Matin</p> <p>ASSOCIATION "VIE LIBRE" Une aide supplémentaire</p>	
<p>Après-midi</p> <p>INFORMATIONS SOCIALES</p>	<p>Après-midi</p> <p>INFORMATIONS MÉDICALES Les conséquences de la prise répétée d'alcool sur le corps</p>	<p>Après-midi</p> <p>HYGIÈNE ALIMENTAIRE Informations diététiques, que boire? que manger?</p>	<p>Après-midi</p> <p>ASSOCIATION "CROIX D'OR" Une aide supplémentaire</p>	<p>Après-midi</p> <p>BILAN L'APRÈS PROTOCOLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Post cure - Médecin traitant - Groupe anciens buveurs - C.M.P.: Psychiatre, psychologue, I.S.P., relaxation

quences de l'alcoolisme et un désir de changement.

Il est illusoire de forcer la main, nous nous interdisons de faire effraction chez le patient éthylique. Nous lui proposons de rester des correspondants possibles en cas de difficultés, de rechute, de décision nouvelle. Il peut décider d'une hospitalisation avec ses proches, son médecin, où en se présentant spontanément aux urgences. Il serait reçu par l'un d'entre nous. Il arrive que des propositions de soins portent leurs fruits plusieurs jours, semaines, mois, après le premier contact. C'est une ouverture.

Nous devons constituer un groupe. Si cela se révèle impossible dès la fin du sevrage et des soins somatiques, nous avisons le patient

qu'il sera prévenu téléphoniquement ou par courrier de l'ouverture des dates d'organisation du protocole.

Il est important qu'il y ait une vie de groupe afin d'autoriser le patient à prendre la parole et d'exprimer certains sentiments de honte et de culpabilité en confrontant son vécu à celui des autres. Le patient qui fait le protocole s'engage à respecter la durée du protocole.

Il est important qu'il y ait une vie de groupe.

Conclusion

Le protocole apparaît comme un bon moteur de décision pour les patients alcooliques.

En une semaine, il peut permettre à chaque patient de prendre conscience de nouvelles perspectives sur le plan personnel.

Dans le cadre du travail de groupe, le patient a pu retrouver les éléments de son identité éparpillée, ébaucher une restauration de sa dignité, de son envie de vivre. Il existe par rapport à d'autres (vie de groupe), il reprend conscience de son corps (relaxation), de sa situation sociale, de sa santé.

Mais les limites d'une telle prise en charge sont liées à l'absence de moyens spécifiques permettant de préparer le temps de cure en amont et d'accompagner la reprise de

contact avec l'environnement en aval.

A ce jour, aucun moyen supplémentaire n'a été dégagé au sein de l'hôpital pour la mise en place de ce protocole de soins hormis le paiement par la D.D.A.S.S. de la vacation effectuée par le médecin généraliste assurant la séance d'information médicale.

Ce protocole a désormais prouvé sa raison d'être, car malgré ses limites, il nous semble être une modalité de soins adaptée à la demande du sujet alcoolique hospitalisé en service de médecine ou de psychiatrie. C'est une réponse souple, tenant compte de la spécificité du lieu où s'adresse la demande. Ce n'est qu'un maillon d'un dispositif qui pourrait se compléter par la création d'un C.H.A.A..

D'une concertation possible à un fantasme de projet.

par Gérard BOITTIAUX

Le psychiatre, l'appareil judiciaire, l'administration pénitentiaire et le toxicomane. Expérience au travers d'une activité de consultation en maison d'arrêt et de vacataire de la pénitentiaire auprès d'un comité de probation.

Maison d'arrêt : - 2 h 00 de consultation par semaine
- comité de probation : 1 réunion par mois avec 2 per-

sonnes du service socio-éducatif (conseillères d'insertion et de probation), + un suivi en consultation dans un C.M.P. de plusieurs personnes "adressées" par le comité de probation.

Illustration des questions émergeant à propos des toxicomanes à partir de 2 cas cliniques résumés :

- par nécessité de ne pas faire une longue introduction sur les aspects théoriques des addictions aux opiacés et autres sub-

stances ayant une action sur le système nerveux central,
- pas de chose supplémentaire concernant le cadre juridique.

1^{re} Situation : une histoire de 3 ans et demi.

Valérie : 25 ans, employée de la fonction publique, un copain depuis 3 ans, Laurent 25 ans au chômage, une fille de 2 ans, Aurélie.

En arrêt de travail (congé longue maladie) depuis 1 an et trois mois.

Première consultation : adressée par un médecin généraliste, histoire toxico, hospitalisée à 14 ans, héroïne à partir de 25 ans, arrêt pendant la grossesse?
Actuellement : Héroïne, Temgesic, Néocodion, Cocaine fait le tour des médecins avec un copain : trafic d'ordonnances.

Famille: parents en difficulté (conflit conjugal), mère suivie pour dépression, la grand-mère garde souvent la petite. Demande: pas très évidente d'emblée.

Aide à la préparation d'un projet de sevrage, surtout difficultés relationnelles du couple devant gérer à la fois les besoins générés par leur toxicomanie et les besoins d'une petite fille de 2 ans.

Proposition d'un entretien d'évaluation pour les deux. Histoire de LAURENT: Chômage, héroïnomane depuis environ 6 ans au décour d'un drame familial: son frère aîné a commis un meurtre particulièrement horrible contre une voisine dans un contexte que LAURENT décrit comme dépressif avec un appoint d'alcoolisation. Depuis, il en veut aux psychiatres qui n'ont pas déclaré son frère irresponsable, à la police qui l'a interrogé longuement et à la justice de ne pas avoir trouvé des circonstances atténuantes. Mais en fait, il s'en veut surtout à lui de ne pas avoir empêché son frère de commettre cet acte. A partir de cette première consultation, plusieurs rencontres auront lieu avec l'un et l'autre pendant 3 mois. Lors de celles-ci, à des moments

Un projet de sevrage.

différents, évoquent de projets de sevrage, des hospitalisations seront même envisagées avec contrat discuté à l'avance, mais aucun ne se concrétisera. Trois semaines après notre dernière rencontre, communication du

juge d'instruction à propos de Valérie qui vient d'être arrêtée avec Laurent.

Valérie lui a parlé des consultations au C.M.P. ainsi que

Laurent aurait besoin de soins.

Laurent et des projets de cure. Le magistrat instructeur est prêt à entamer une procédure d'obligation de soin pour Valérie si je suis toujours d'accord pour la prendre en charge. J'acquiesce tout en précisant que Laurent aurait besoin de soins, mais pour lui le projet prévu est l'incarcération. Que s'est-il passé? Avant de tout arrêter (dixit Valérie ils sont allés faire des emplettes à Amsterdam (bouffée addictive probablement néo Maastrichienne) et sont revenus consommer dans leur appartement. Laurent a voulu essayer la cocaïne qu'il ne supporte pas, surtout en IV. Il a fait un épisode délirant persécutif aigu, clastique qui a amené une intervention des pompiers et de la police. Laurent sera condamné à 8 mois de prison ferme et à une mise à l'épreuve. Valérie sera condamnée à du sursis et 3 ans de mise à l'épreuve. Elle a été hospitalisée 10 jours pour un sevrage, puis suivie très régulièrement en C.M.P. Les entretiens réguliers que j'ai eus avec elle ont mis en évidence une problématique avec le père (manœuvres de séduction, complicité à propos des relations extra-conjugales de celui-ci et finalement rencontre avec le fantasme d'inceste du père). Au cours de la première année de suivi, on notera

quelques rechutes addictives très ponctuelles, elle décide de se séparer de Laurent et de reprendre son travail. Elle a souhaité être mise sous curatelle pour pouvoir éponger ses dettes selon un plan suivi. Elle est repassée au tribunal pour une conduite en état d'ivresse et a nouveau été condamnée à du sursis. Actuellement, après plusieurs rencontres infructueuses, elle dit avoir trouvé un copain avec lequel elle pense pouvoir faire un bout de chemin. Sa fille est scolarisée, va bien. Valérie est devenue une femme "rangée", abstinente, satisfaite de son investissement professionnel. Elle n'a plus de dettes, devra attendre l'année prochaine pour aller en TURQUIE (refus du J.A.P.) car mise à l'épreuve se termine à la fin de l'année. Pour Laurent, l'évolution est très différente, après sa sortie de prison il a été incarcéré au bout de trois mois après avoir cambriolé une pharmacie. Les quelques rencontres que j'ai eues avec lui

en prison ou sur le CMP, montrent une aggravation de la problématique de culpabilité évoquée plus haut. Les mécanismes projectifs qui vont avec sont toujours plus envahissants. Le discours s'appuie sur des éléments de réalité particulièrement le traitement différent de celui de VALÉRIE dont il a été l'objet par la justice. Actuellement, j'ai des nouvelles épisodiques indirectes qui témoignent d'une aggravation des conduites addictives avec association opiacés et alcool, en outre la désocialisation se poursuit.

2° cas clinique.

HANS, 25 ans, célibataire, originaire de Paris où habitent ses parents ainsi que son frère aîné et sa jeune sœur. Le frère

aîné est toxicomane (héroïnomane séro positif) depuis 6 ans. Lui est héroïnomane depuis l'âge de 17 ans, premières doses fournies par son frère. 1^{re} rencontre, lors d'une consultation à la prison, incarcéré pour vol avec violences, a déjà été condamné, est arrivé sur le Cotentin via le centre de détention d'Argentan et des foyers de la région caennaise, il essayait de se mettre au vert. La demande lors de ce premier entretien, a l'avantage d'être claire, HANS demande des doses importantes de Benzodiazépines pour mieux vivre son incarcération et échapper aux contraintes imposées par l'environnement. Ma réponse n'étant pas à la hauteur (posologique, cela s'entend...), notre rencontre se terminera dans une atmo-

Hans est incarcéré pour vol.

sphère légèrement houleuse. Malgré cela, nous nous reverrons à plusieurs reprises. Une ébauche de relation thérapeutique se fait jour que va interrompre momentanément la sortie de prison. Deux mois plus tard, HANS vient me voir au C.M.P. pour évoquer un projet de sevrage assorti d'une cure. Il est envisagé de pouvoir réaliser le sevrage en hospitalisation. Après réflexion, puis nouvelle rencontre, celle-ci va être prévue sur le C.H.S.. Elle durera 5 jours puis se terminera par la sortie de HANS à sa demande, pourquoi? Il aurait probablement préjugé de son projet de sevrage et moi des possibilités pour l'équipe soignante d'accueillir un toxicomane dans un service rompu à une psychiatrie classique (sur le plan clinique,

bien sûr). Au sortir du service, HANS est incarcéré pour vol. Je le retrouve donc lors de mes consultations à la prison. Après le traitement d'un syndrome de sevrage, les entretiens s'avèrent plus riches, HANS évoque la situation familiale qui pour lui l'a amené à s'éloigner de Paris: il voulait protéger sa sœur en évitant de l'entraîner dans la toxicomanie, il garde des relations épisodiques avec la famille. Afin de préparer sa sortie, il décide d'un arrêt progressif de tous les psychotropes qu'il prend encore.

Ainsi 4 mois avant sa sortie il est totalement sevré. Sa vie à

Hans reste "clean" !

la prison est un peu plus riche que lors de son séjour précédent, il participe aux activités scolaires et fait un stage AFPA. Il désire rester sur la région lors de sa sortie, mais il n'a plus de logement. Après une

réunion avec l'assistante sociale de la prison, il est envisagé qu'il puisse faire une demande pour entrer sur un foyer associatif en appartement géré par l'UNAFAM. Un suivi est prévu par le CMP. La sortie se passe sans encombre, HANS reste "clean". Par contre, sur le plan social c'est une catastrophe: il doit attendre 4 semaines pour recevoir son premier versement du RMI. Il passe tout son temps entre les différentes administrations de l'aide sociale, les organismes de formation continue, l'ANPE, les associations caritatives. L'assistante sociale du secteur après de nombreuses démarches et communications téléphoniques permet finalement que la situation de celui-ci se régularise. A notre grande surprise, HANS continue de tenir et

ne rechute pas. Pas pour longtemps; il m'apprend lors d'une consultation où je note un myosis particulièrement serré, qu'il a rencontré un type un peu paumé parisien comme lui, "ex toxico" et séropositif,

qui commence à présenter les premiers signes de la décompensation de la maladie. Celui-ci devient vite un ami qu'il faut aider. Les relations qui se créent sont probablement à l'image de celles que HANS avait avec son frère. Mais l'angoisse générée par la maladie de cet ami va accélérer la rechute. La situation devient difficile à gérer sur l'appartement associatif où nous devons rappeler constamment les règles. HANS fait une tentative de sevrage en restant à l'appartement, mais son état physique devenant préoccupant, il accepte une hospitalisation pour poursuivre un sevrage dans de meilleures conditions. Au bout de 3 jours, il quitte le service, le contrat avec l'appartement associatif est rompu. Il passe me voir au CMP pour m'informer de sa décision d'aller dans sa famille pour vraiment décrocher. Il revient au bout de 2 jours suite à un conflit avec son père après une TS de sa mère juste avant son arrivée. Il fera à nouveau un passage d'une journée à l'hôpital. Actuellement, sa situation est très critique, il doit

beaucoup d'argent à ses fournisseurs, il est recherché par la police pour vol, il est complètement retombé dans le cycle infernal de l'addiction aux opiacés et à la cocaïne.

Ces histoires pour fastidieuses qu'elles puissent être pour certains, témoignent à mon avis d'un premier constat: si l'on entrevoit la toxicomanie comme un lieu de passages à l'acte, d'échanges furtifs, il faut prendre conscience que les soins donnés au toxicomane demandent du temps. La prise en charge et l'accompagnement sont longs, émaillés de ruptures, d'échecs, d'espoirs. Il a fallu que je reprenne quelques observations pour réaliser le temps nécessaire pour faire avancer un projet de soins. Cette question du temps m'amène à en poser une autre, c'est celle de l'attente (d'autres parlent sans doute du désir). Qu'attend le magistrat quand il sollicite le médecin?

J'avoue que pour l'instant, mon travail auprès de la sphère judiciaire et pénitentiaire m'amène à des sentiments partagés.

DU COTÉ DE LA JUSTICE:

Ebauche d'une concertation avec le comité de probation permettant de mieux travailler sur la nécessité de prendre du temps. Problème: il y a souvent des intrications entre un projet de soins et le déroulement de la procédure judiciaire.

Les détentions préventives sont longues et laissent tout le monde dans l'expectative ou plutôt l'incertitude. Le jugement coïncide souvent avec la fin de la peine. Autour de la mise à l'épreuve,

peut-on vraiment travailler dans ce cadre s'il n'a pu être élaboré dans un souci d'individualisation. Le seul repère de la durée est insuffisant. Le magistrat et le médecin pourraient-ils confronter leurs attentes réciproques?

La loi de janvier 1970

DU COTÉ DE LA PSYCHIATRIE:

Comment passer des concepts théorico-cliniques à la théorie de la pratique? Les psychiatres et les institutions psychiatriques sont rarement avares de longues illustrations théoriques permettant de rendre compte des comportements d'individus en souffrance, mais les théories sont aussi quelquefois des arguments pour mettre à distance de façon plus ou moins déguisée ceux qui pourraient perturber la belle harmonie des unités de soins. Le problème d'une approche psychopathe qui met en avant la conduite et laisse peut-être en

arrière plan le sujet et son histoire. Elle peut aussi être un biais d'exclusion, surtout dans le contexte de la santé mentale.

Toxicomanie entre soins et santé mentale:

Problème dans l'esprit de l'institution psychiatrique, il y a une confusion entre la loi comme instance surmoïque et la loi du code pénal.

Problème aussi de la loi de janvier 1990 organisant les soins aux détenus. Approche de santé publique, travail local, travail en réseau: éthique du réseau.

Caen

**Prochaines
Journées
Rencontres
le 06 novembre 1995**

Vous aurez les informations complémentaires
lors de la publication des affiches.

RENCONTRES
CROIX-MARINE
de BASSE-NORMANDIE

SUICIDES
EN BASSE-NORMANDIE

- **Programme, recherche, actions sur le suicide en Basse-Normandie.**
Par le Docteur DAVY.
- **Socio anthropologie du suicide en milieu rural.**
Par Monsieur Yves DUPONT, professeur de sociologie à l'Université de Caen.
- **Modèle de prise en charge des tentatives de suicide au Centre Hospitalier.**
Par l'équipe de psychiatrie de liaison, service du Docteur Bouche d'Alençon.
- **Pôle d'activité intersectoriel de psychiatrie d'urgence du C.H.U. de Caen : présentation, modalité de fonctionnement.**
Par l'équipe infirmière du pôle d'activité.
- **Gestes suicidaires et récurrences : résultats d'une enquête prospective réalisée aux urgences du C.H.U. de Caen.**
Par le Docteur CHASTANG et l'équipe infirmière.

LECTURE

PARCOURS DU SANITAIRE AU SOCIAL EN PSYCHIATRIE (Bernard JOLIVET)

Elaborer une politique de santé mentale qui tienne compte des acquis dans une volonté perspective n'est pas chose facile. Dans ce qui est proposé, manquent souvent des éléments pourtant indispensables.

Ce que propose l'auteur est, après un rappel de quelques grands axes des soins curatifs, d'apporter des éléments indispensables que sont les soins de réadaptation pour beaucoup de malades. La perspective de réinsertion n'est pas propre à une phase particulière de soins, elle leur est intrinsèquement liée. Par contre, elle doit inclure des processus très liés à l'environnement et aux capacités des accompagnateurs. La réhabilitation apparaît comme un effort de société dans laquelle sont inclus soignés et soignants pour aménager au mieux du possible ceux qui sans cela restaient des exclus. Ainsi les 3 R de la Réadaptation, Réinsertion et Réhabilitation offrent des bases à une nouvelle évaluation du système de soins et donc de la politique dans laquelle ils s'intègrent.

Bernard Jolivet, psychiatre, psychanalyste, a réalisé en partant du secteur public un ensemble associatif, autour de trois notions qu'il développe dans ce livre. Expérience pratique de plus de 30 ans enrichie par l'apport national que lui a donné la présidence de la fédération nationale des associations d'aide à la santé mentale Croix-Marine.

"La fédération Croix-Marine" (reconnue d'utilité publique) est un mouvement national d'associations et d'établissements engagés dans des actions en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques.

En mobilisant les ressources de la communauté et avec les professionnels concernés, elle constitue une force de proposition et favorise les innovations en prévention, soin, réadaptation, réinsertion et réhabilitation.