

F. Desplechin

psychologue à l'AMPTA au CSAPA Nationale – Marseille.

# **La relation à l'alcool comme relation tyrannique**

## **Deux extraits d'expérience clinique**

*Les addictions au risque de la psychanalyse*

*Formation Fédération Addiction*

Paris, novembre 2015.

## 1. INTRODUCTION

Les addictions se manifestent bien souvent par la répétition des conduites de consommation. La question est de savoir comment comprendre cette répétition. Le présupposé de ce module « *les addictions au risque de la psychanalyse* » suppose qu'on ne peut pas comprendre cette répétition sans avoir recours à la psychanalyse. Si la neurobiologie de l'alcool explique la mécanique de la dépendance, ce peut être au prix de l'histoire *affective* du sujet. Or la *répétition de la consommation* peut être un comportement psychologique. Il ne s'agit pas bien sûr de dénier les apports de la neurobiologique, mais d'en différencier la fonction dans le champ du travail avec les addictions.

La neurobiologie – comme les mathématiques – dans leur objectivation évacuent la subjectivité, c'est-à-dire ici le patient et le médecin, en un mot les sujets. Ce faisant, au sens étymologique, elles font abstraction de la clinique<sup>1</sup> Pour le dire en d'autres termes : en expliquant la mécanique de l'addiction, la neurobiologie évacue le transfert. Le travail du psychologue clinicien n'est pas de contrôler la consommation, mais de comprendre le sens que celle-ci peut avoir pour le sujet. Ce qu'on travaille dans le champ de la psychothérapie, *c'est la relation que le sujet a à l'objet*. La proposition de travail que je fais est de partir de l'hypothèse que le symptôme a du sens et qu'il est adressé. Cela suppose que si on entend pas ce qui se dit dans le symptôme, on risque de le voir se répéter, comme si ce qui n'avait pu être dit se faisait dans l'agir.

Ce que l'on pourrait appeler « *la relation tyrannique* » à l'alcool, est celle, dans laquelle, le sujet est tyrannisé par l'alcool, c'est-à-dire se trouve dans une relation dont il ne peut s'extraire et que je propose de penser *comme prise dans le lien à l'Autre* (c'est-à-dire comme l'expression que quelque chose d'affectif se joue dans la relation intersubjective). A partir du cas de deux patients, M. Z et Me F, l'un récemment sevré et l'autre abstinente, je vais essayer d'expliquer comment on peut comprendre que ces deux personnes rechutent alors qu'ils sont inscrits dans le soin. J'essaierai aussi à travers de ces exemples cliniques de montrer comment travaille le psychologue, quelle est sa place et sa fonction.

On verra ainsi, que, dans une certaine écoute, ce qui peut sembler être un échec – la rechute qui met en péril la relation de soin – peut peut-être entendu comme une tentative de réussir quelque chose du côté de la séparation. Ça n'est d'ailleurs peut-être pas pour rien que cette séparation se fait par le média de l'alcool ; justement par le média du produit à l'égard duquel le sujet est *dépendant*.

*Je propose de penser qu'il y a, dans le lien à l'alcool, un lien très particulier et ambivalent dans lequel le patient alcoolique tente d'exister en provoquant une séparation... qu'il nie paradoxalement.*

On serait donc face à ce paradoxe : le sujet se sépare de l'autre au moyen d'une relation de dépendance à un produit.

---

<sup>1</sup> Le mot clinique est un mot intéressant. On en trouve cette définition : 1626 subst. fém. « méthode médicale consistant à examiner le malade au lit » (O. du Mesnil, *Actions forenses*, 355 ds *R. Hist. litt. Fr.*, t. 6, p. 458); 1696 adj. *médecine clinique* (D. le Clerc, *Hist. de la méd. ds Trév*).

## 2. LA STRUCTURE DE SOINS

### **Le lieu**

Le lieu où j'interviens est un CSAPA<sup>2</sup> de l'AMPTA<sup>3</sup>. L'AMPTA est une association loi 1901 qui a été créée en 1984 à Marseille à l'initiative du maire de l'époque : M. Deferre. Sa mission consiste à accompagner et soigner les consommateurs de drogues illicites et leurs proches à une époque où le soin des personnes toxicomanes se limitait à la psychiatrie.

Le CSAPA compte 4 psychologues. Leur activité consiste essentiellement à recevoir les patients sous la forme d'entretiens individuels et confidentiels. La population reçue est parfois « obligée » de venir comme dans le cas des obligations de soin pour les personnes faisant l'objet d'une condamnation en lien avec un usage ou un trafic de drogue, ces personnes bénéficiant soit d'un sursis associé à une obligation de soin, soit d'une sortie conditionnelle de prison dans le cadre d'un soin sont contrôlées par le SPIP<sup>4</sup>. Cela représente environ 30% des patients reçus au centre. Dans les autres cas, les patients ne sont pas « obligés » de venir et ils se présentent à la consultation parce qu'ils font la demande personnelle d'un soin par rapport à une problématique addictive. Bien souvent, la demande se centre sur le volet médical ou se réduit à la demande d'un traitement de substitution. Les rencontres avec le psychologue sont souvent difficiles à mettre en place et pour les favoriser le premier accueil est fait par un psychologue, l'objectif étant à la fois de favoriser une rencontre avec un psychologue et de déterminer la nature de la demande pour envisager les modalités de prise en charge. *Il n'est pas rare que l'inscription dans le dispositif de substitution ait pour effet l'interruption du suivi psychologique.* Bref pour le psychologue, il s'agit d'une clinique particulière dans laquelle bien des patients ne sont pas demandeurs d'une offre d'écoute, ni demandeurs d'un espace de parole. Dans le cadre des obligations de soin, il n'est pas rare d'entendre : « *j'ai fait de la prison, mais c'est fini, pourquoi réfléchir* » ou encore : « *ça sert à rien de parler* ».

Le référentiel partagé par les psychologues et par l'équipe est la psychanalyse, ce qui différencie très clairement l'écoute et l'accueil des patients d'un objectif qui serait du côté de l'évaluation ou de la norme, voire d'un attendu qui souhaiterait ramener le comportement déviant du toxicomane vers une norme de santé. La proposition de soin est celle de l'écoute de la subjectivité du patient, de son discours, de son histoire ensevelie sous le comportement de toxicomanie.

### **Populations accueillie**

La population que nous accueillons au CSAPA est constituée de personnes très désocialisées. Une très grande partie de ces personnes a un passé d'incarcération (pour trafic de stupéfiants parfois, pour vols ou acte de délinquance) et beaucoup sont sans domicile fixe. Très souvent les liens à la famille sont ravagés, n'existent plus ou été rompus (dans les deux sens, vers les parents et vers les enfants). Certains sont en situation de clandestinité (entrée illégale sur le territoire, errance d'un pays à l'autre) et les problèmes graves de santé ne sont pas rares (SIDA, hépatite, etc.). L'anamnèse des situations révèle très fréquemment des violences

---

<sup>2</sup> CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement en Addictologie. C'est un centre médico-social qui reçoit un public de personnes qui présentent des problèmes de dépendance à l'égard de drogues (alcool, opiacés, addiction aux jeux, etc).

<sup>3</sup> AMPTA : Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions

<sup>4</sup> Le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) dépend de l'administration pénitentiaire française. Ses missions consistent à veiller au respect des obligations qui sont imposées par le magistrat aux personnes condamnées et à favoriser la réinsertion des personnes majeures placées sous main de justice, incarcérées ou non.

subies au cours de l'enfance, des ballottages en familles d'accueil durant l'enfance, des vécus de déracinement etc. D'un point de vue global, on peut dire qu'une des particularités du public reçu au centre est la précarité sociale liée à l'intoxication. Cela explique aussi que les demandes d'aides s'inscrivent souvent d'abord dans un registre social, voire médical et rarement psychique. Les produits consommés sont souvent de l'héroïne, de la cocaïne, et très souvent des produits de substitution pris de façon détournée (Subutex dans la rue etc.)

L'alcool est très souvent présent, mais depuis que le centre est devenu un CSAPA<sup>5</sup> il est plus fréquemment mis en avant comme cause de la consultation. Toujours est-il que depuis quelques années, on voit effectivement arriver à la consultation des personnes qui présentent une consommation exclusive d'alcool. On note aussi que ce sont surtout des femmes qui présentent ce profil<sup>6</sup>. La question de la législation a aussi son importance et peut expliquer en partie pourquoi les femmes consomment plus facilement de l'alcool que d'autres produits<sup>7</sup>.

Dans certains cas, on reçoit aussi des patients qui présentent un profil social bien moins fragile qui peuvent avoir une insertion sociale correcte, un logement et un travail et présenter à la fois une addiction à l'alcool ou autre.

### ***La clinique de l'alcool est-elle la même qu'avec les autres produits ?***

Une des différences importantes entre l'alcool et les autres produits d'addiction « classiques » est que l'alcool est légal et en vente libre, ce qui implique que les risques sociaux et juridiques sont moindres pour le consommateur. En buvant on ne fréquente pas forcément les mêmes milieux que ceux de l'héroïne ou de la cocaïne, ce qui a son importance pour la question du sevrage, car si on peut changer de milieu quand on cesse de prendre de l'héroïne, ça n'est pas la même chose pour l'alcool. Le reproche fait à l'Autre fait dans la consommation d'alcool est sans doute très différent de celui lié à la consommation d'héroïne ou de cocaïne.

Si Lacan notait dans « *L'angoisse* » que l'interdit structure le désir, consommer un produit autorisé ne doit pas nous conduire à en conclure qu'il n'y a pas de désir de la part du patient, mais peut peut-être nous inviter à penser le choix d'objet en fonction du statut juridique de celui-ci.

---

<sup>5</sup> Les CSAPA ont pour mission de recevoir un public autour des addictions en général et donc aussi de l'alcool, ce qui n'était pas forcément le cas de l'AMPTA avant.

<sup>6</sup> O. Thomas écrit : « à partir des années 1920, avec la nouvelle promulgation d'une législation interdisant l'usage de stupéfiants, la surreprésentation des femmes toxicomanes dans la population va s'infléchir. Comme si l'interdit porté sur le toxique, donc sur l'usage clandestin lui conférerait pour la femme un intérêt moindre. C'est l'inverse qui va se produire avec l'homme, l'interdit porté sur le produit va lui donner une valeur plus importante, et c'est à partir de ce moment que les hommes vont être majoritaires dans la population toxicomane » in : O. Thomas, *Toxicomanie féminine*, Eres, 2006, Ramonville Saint Agnès, p. 74.

<sup>7</sup> Ca ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'hommes qui consomment exclusivement de l'alcool, ça veut dire que les femmes que nous recevons sont rarement poly-consommatrices et que la plupart des femmes qui viennent au centre sont exclusivement consommatrices d'alcool.

### 3. SUIVI AVEC DEUX PATIENTS ALCOOLIQUES

A partir du suivi de deux patients alcooliques, je vais essayer de présenter une conduite qui s'inscrit dans un mécanisme de *répétition*. Au cours de leur suivi, ces deux patients vont reconsommer de l'alcool, alors même qu'ils étaient dans une période d'abstinence. M. Z, quand il arrive sort de cure et est sevré et abstinent. C'est durant le suivi qu'il se remettra à boire, à la suite de son entrée dans le dispositif « *appartement alcool* » de notre structure. En ce qui concerne Me. F, c'est parce qu'elle buvait qu'elle s'est présentée au centre. Elle vient car elle a décidé d'arrêter de boire et qu'elle souhaite être accompagnée. Elle fait rapidement de son abstinence une condition du soin, c'est-à-dire une condition *sine qua non* pour suivre les entretiens que je lui propose. Au moment où je la reçois, elle n'envisage pas de faire une cure. C'est au cours du suivi, elle se remettra à boire et interrompra son suivi.

#### **M. Z, exister hors la Pologne**

Quand il arrive au centre, M. Z a une quarantaine d'années (1970). Il est adressé par un centre social qui le suit depuis environ une année sur Marseille. M. Z se présente à l'accueil de façon soignée. Il porte une chemise, n'est pas alcoolisé, il « présente bien ». Rien ne peut laisser deviner qu'il dort dehors ou qu'il est occasionnellement hébergé dans des dispositifs d'urgence. Il porte avec lui une chemise avec ses dossiers parfaitement rangés, qui contient tous ses papiers, ordonnés et en parfait état. L'association qui l'adresse s'est occupé de son suivi social et connaît sa problématique avec l'alcool. C'est ce qui motive son orientation.

M. Z a une très longue histoire d'errance entre la Pologne et la France. Il est très désocialisé, il vit dans la rue depuis plusieurs années. Il dit avoir commencé à boire à l'âge de 13 ans et boit aujourd'hui environ « *une vingtaine de verres par jours* ». Au moment où il se présente à nous il sort de cure, il est sevré et abstinent.

On apprend que la demande qui sous-tend son orientation également une demande d'hébergement. En effet, M. Z doit très bientôt commencer une formation professionnelle pour valider ses diplômes d'électricien. Il a déjà travaillé en temps qu'électricien mais ces diplômes ne sont pas reconnus en France et il lui faut passer une équivalence. Sa formation a lieu dans quelques jours et il est évident qu'il ne pourra pas s'y rendre s'il n'a pas de lieu d'hébergement stable. L'orientation est alors un peu décalée par rapport à la demande initiale mais elle reste cohérente avec ce que peut proposer notre centre. Il ne boit plus, il a bientôt un entretien professionnel, sa situation sociale est avancée, ses papiers sont en ordre, à ce stade, il semble que tout ce qui manque à M. Z pour pouvoir finir de se réinsérer, c'est un hébergement. Son cas semble parfaitement indiqué avec *l'appartement alcool* et, à vrai dire, il enthousiasme les membres de l'équipe. En outre, il est prêt à s'engager dans un soin pour maintenir son abstinence et il accepte volontiers la proposition de suivi psychothérapeutique. Il a, dit-il, « *besoin de parler* ».

Je l'ai reçu pendant près de deux mois, au rythme d'un entretien par semaine.

#### **Anamnèse**

A sa naissance, pour une raison que je ne connais pas, M. Z est confié à sa grand-mère. C'est elle qui l'éduquera. Il ne grandit donc pas avec ses parents et ne les verra quasiment pas durant cette période-là. Ses parents divorcent quand il a 7 ans. Trois années plus tard, sa mère se remarie avec un homme de 10 ans plus jeune qu'elle. A l'occasion de ce remariage, il est envoyé vivre chez sa mère. La séparation d'avec sa grand-mère lui étant insupportable, à 13 ans, il fugue pour retourner chez elle. C'est la première fois qu'il dormira dans la rue. Il part de chez sa mère sans rien dire dans la nuit pour un voyage de 300 kms. Il prend le train puis termine le voyage à pieds sur 20 kms. Le voyage dure deux jours et durant la nuit, il dormira dans la forêt, dans son sac de couchage. C'est, dit-il, l'âge où il commence à boire.

A la suite de cette fugue, il sera renvoyé chez sa mère. Un an après, sa grand-mère meurt. Il semble qu'à partir de là, un attachement très important se construise avec sa mère. Il en parle à plusieurs reprises oscillant entre des déclarations qui semblent contradictoires. Tantôt il décrit le lien de tendresse qui le lie à sa mère (il est l'enfant préféré), tantôt il verbalise quelque chose d'une relation très emprunte de culpabilité (« *j'aime ma mère plus que tout au monde, je ne veux pas lui faire de mal, elle a besoin de moi* »).

Sans qu'il dise quoi que ce soit sur cette période de sa vie (il me dira plusieurs fois qu'il veut bien me voir mais « *qu'il y a des choses dont il ne veut pas parler* », je pense qu'il se réfère à cette période) à 18 ans, il quitte la Pologne pour l'Allemagne. Après une année entre l'Allemagne et la Suisse, il finit par arriver en France et il s'engage dans la légion à étrangère à Nîmes pour un contrat de 5 ans. Trois ans après, en 1992, il part faire la guerre en Irak pour la France durant 2 mois. Alors que son contrat d'engagement avec la légion est de 5 ans, il déserte la légion étrangère dans la troisième année pour rentrer en Pologne à cause de problèmes familiaux. Sur mon insistance, il finira par me parler du divorce de sa mère avec un homme qui n'est pas son père. J'apprendrai plus tard que c'est lui qui a payé ce divorce...

Il semble qu'à partir de là, il restera en Pologne plusieurs années. Il est d'ailleurs condamné à 3 mois de prison par la Pologne pour avoir fait la légion étrangère et la France lui interdit la rentrée sur le territoire pour une période de 10 ans pour avoir déserté. Au cours d'un entretien il fera un lien entre ce retour en Pologne et sa ré-alcoolisation, disant : « *en Irak, il n'y avait pas d'alcool, je ne buvais pas. En rentrant en Pologne, j'ai retrouvé quelque chose que j'avais perdu* ».

A 28 ans naît sa fille – qui porte le nom de sa mère – qui est, dit-il, née « *sans amour* ». Elle vit aujourd'hui en Pologne. Il la voit de temps à autre et a quelques nouvelles d'elle. A 34 ans il rentre en France à Lyon où il reste 3 ans. Il retourne à nouveau en Pologne 3 ans après. Au moment où il vient au centre il est arrivé à Marseille depuis 1 an et semble avoir définitivement rompu les liens avec la Pologne.

### **Me. F.**

Me. F a 38 ans (1972). Elle se présente au centre car elle veut arrêter de boire. Elle me dit qu'elle n'a jamais été prise en charge pour son problème d'alcoolisme. C'est la première fois qu'elle fait cette démarche. Lors de l'entretien d'accueil, elle m'explique qu'elle ne boit pas tous les jours mais qu'elle s'alcoolise de façon sporadique lors de « *cuites* » au cours desquelles elle boit énormément. Elle est aujourd'hui en couple avec une femme dans relation qu'elle me décrira par la suite comme très tendue, très morbide. *De fait, elle ne boit jamais avec sa compagne, mais toujours hors du domicile.* « *Ca ne la regarde pas, c'est mon problème* » dit-elle. Elle travaille sur des chantiers, elle a un CDI. Par le passé, elle a connu des passages en structures psychiatriques pour dépressions et a fait « *9 tentatives de suicide* » (9, on y reviendra, c'est l'âge de la « *rupture* » où elle sera séparée de son père). Elle n'en dira pas plus.

Sa demande est d'abord quelque peu ambiguë : elle dit que c'est elle qui a pris la décision de venir même si elle a été « *incitée* » par sa compagne. Néanmoins, elle personnalisera très vite sa demande en disant qu'elle a besoin d'aide. Sa demande est claire : elle souhaite arrêter de boire mais elle ne veut pas faire de cure. Elle veut faire un sevrage en ambulatoire et souhaite être accompagnée. Elle accepte ma proposition d'entretiens et investira très vite et très massivement les entretiens.

Me. F naît à la Baule. Elle y vivra jusqu'à l'âge de 5 ans. Elle a une malformation congénitale de naissance aux jambes qui la fait hospitaliser à plusieurs reprises durant ces années. Elle y subira de nombreuses opérations. Elle situe le début de ses problèmes à 5 ans. A l'âge elle est placée en pension. Il semble que sa mère soit à Marseille une partie de l'année ; le couple parental à l'air très fragilisé. C'est le moment où elle apprend que l'homme qui l'a élevée

n'est pas son géniteur. De fait, son géniteur, elle ne l'a pas connu car ses parents étaient déjà séparés quand elle est née.

Durant l'entretien elle insiste pour me dire qu'elle considère cet homme qui l'a éduquée comme son père. Durant cette période, elle le voit régulièrement et il semble qu'un lien très tendre se tisse entre elle et lui. « *Il est le seul qui me connaît* » dit-elle.

Quatre années plus tard – elle a 9 ans – elle connaît une nouvelle rupture affective qu'elle qualifie de « *pire moment* » de sa vie. Ses parents divorcent, déménagent à Marseille et l'emmènent. Le divorce se passe très mal et sa mère ne veut plus voir son mari. Me. F n'a pas le choix, elle suit sa mère et avec ce déménagement, elle est séparée de son père qu'elle ne reverra plus. A l'occasion de l'évocation de cette séparation, Me. F est très affectée. Elle est au bord des larmes et bientôt elle ne peut plus parler. Comme elle ne peut reprendre la parole, je lui demande si, à ce moment là, quelqu'un a compris sa douleur. Elle me répond « *non* » à voix basse et reprend « *on ne m'a pas demandé mon avis* ». La douleur qui la traverse est intense.

A 12 ans, elle subit un viol de la part d'un amant de sa mère – viol qu'elle qualifie parfois « *d'abus sexuel* ». A nouveau, personne n'entend rien de cette violence, elle en parle à sa mère, mais celle-ci n'entendra rien non plus, restera sourde. Me. F reste avec ce silence. C'est à l'adolescence, à l'âge de 13 ans qu'elle commence à boire. Elle ne dira plus rien de sa vie à partir de cet âge là. Son discours lâche le fil pour revenir sur le présent et sa vie de couple avec sa compagne.

### **Sur le suivi**

Après le premier entretien où elle m'a un peu parlé de son histoire, elle cessera totalement de revenir sur le passé et peu à peu parlera quasi-exclusivement de sa compagne. Contrairement à ce qu'elle dit au premier entretien – « *elle m'aime* » – son discours change radicalement. Sa compagne occupe bientôt tout l'espace des entretiens, Me. F ne parle bientôt plus que d'elle et m'explique à quel point sa compagne la dévalorise, la sadise. Leur relation est impossible, tendue, étouffante. A ce duo s'ajoute une troisième personne : le père de sa compagne qui a un comportement très proche de celle-ci. Lui aussi la dévalorise, il *l'accuse d'être alcoolique, lui renvoie qu'elle incapable*. Bientôt, sa compagne et son père s'unissent pour dire à Me. F son inanité, son inutilité. Ensemble ils semblent l'anesthésier, l'annuler. A plusieurs reprises, Me. F me dit que sa compagne se comporte avec elle *comme si elle n'existait pas*. Elle dit : « *c'est parce que c'est insupportable d'entendre ça que je bois* ».

Elle reprend aussi à son compte cette dévalorisation, notamment dans ses liens avec l'alcool : au fond ce qu'on lui dit est justifié, elle le mérite, elle est un ivrogne, ceci étant la preuve qu'elle ne vaut rien. Durant tout le suivi, elle semblera me demander de la soulager de cette douleur. *Elle semble chercher mon soutien, vouloir que je me mette de son côté lui certifier à quel point sa compagne et son père sont mauvais avec elle*. Cela peut se comprendre comme la recherche d'un soulagement de *la voix de l'Autre*.

Seules les dernières séances laissent émerger quelque chose d'autre que la dévalorisation et la souffrance. Lors d'une séance très douloureuse, à travers un rêve, elle aborde la dimension de son agressivité et me dit qu'elle rêve qu'elle tue des gens à coups de couteaux.

Nous pouvons avancer que Me. F. est prise *par le discours de l'Autre, et que la relation tyrannique de l'alcool est une relation liée à la voix de l'Autre*.

### **Le viol**

Au fil du suivi, le souvenir de son viol devient un axe de rotation des entretiens. Le viol vient fixer un point d'origine de la douleur dans lequel elle est *victime, alors qu'avec l'alcool elle change de position, devenant coupable*. Comme pour la séparation d'avec son père à l'âge de 9 ans, ce n'est peut-être pas l'évènement lui-même qui est mis en avant, mais la façon dont il

est reçu par l'autre. A plusieurs reprises Me. F témoigne de son besoin de parler de ce viol à sa compagne jusqu'au jour où elle se décidera à le faire, rassurée à l'idée qu'elle pourra en parler ensuite en séance.

A l'entretien suivant, elle me dira son amertume : au fond elle ne peut pas en parler, sa compagne « *ne comprend rien* », reste sourde. Elle finira par lui dire : « *ce viol, tu l'as peut-être bien cherché* ».

Au-delà du traumatisme sexuel, à nouveau s'actualise la surdité de l'autre à sa douleur avec cette fois-ci une dimension supplémentaire, puisqu'elle est faite responsable de ce qui lui est arrivé. Par ailleurs, le second axe des entretiens s'articule autour des insultes de sa compagne. Les phrases que rapporte Me. F sont du registre de la négation de son existence. « *Tu n'es rien* », « *tu ne vaux rien* », « *tu ne mérites pas de vivre* », allant jusqu'à la traiter de « *pute* ». La dévalorisation que sa compagne prononcent à son égard prennent ici un sens particulier : Me. F raconte de quelle façon les mots de l'autre la nient mais aussi *de quelle façon ils font emprise sur elle*. Comme le viol qu'elle a subi dans le temps, les acteurs d'aujourd'hui ont emprise sur elle et elle n'y peut rien répondre, elle est tétanisée par les mots.



#### 4. LA REPETITION, M. Z et Me. F REBOIVENT

##### ***La répétition : alors que tout va bien, M. Z. reboit***

M. Z est d'abord hébergé sur un dispositif d'urgence en hôtel une quinzaine de jours. Durant cette période, il réussit son entretien professionnel et engage sa formation en vue de la validation de ses diplômes professionnels. Il a une très bonne relation au centre, se présente régulièrement aux entretiens et est inscrit dans la relation de soin.

Il fait alors une demande pour intégrer le dispositif de l'appartement alcool. Il rédige sa lettre de candidature et quelques jours plus tard il rentre dans les lieux. Le dispositif de l'appartement alcool suppose un lien régulier de M. Z avec le centre de soin, des rendez-vous au centre de soin et des visites à domicile. L'une des conditions de l'hébergement est l'abstinence tout au moins sur le lieu de l'appartement, condition à laquelle il souscrit et qu'il appuie. « *La proposition d'amour* » que l'on lui fait semble fonctionner.

Le début de la prise en charge se passe bien. M. Z est toujours aussi présent et sa formation semble bien se dérouler. Pourtant, au bout d'une quinzaine de jours, l'équipe qui passe à domicile découvre des bouteilles à l'appartement. Si M. Z se présente toujours sobre aux entretiens, on se questionne sur la reprise de sa consommation. Au cours d'un entretien, il est invité à parler de son éventuelle consommation et M. Z nous dit, abattu qu'il a recommencé à boire. Je ne l'avais pas questionné là-dessus et il n'en avait pas parlé. Cette ré-alcoolisation n'hypothèque en rien le suivi pour nous, sa présence aux entretiens n'est pas conditionnée par son abstinence.

Néanmoins nous nous interrogeons en équipe sur la suite de la prise en charge et sur le maintien de M. Z sur l'appartement. Il n'y a pas de décision arrêtée de mettre fin à l'hébergement mais pourtant, il semble qu'il est déjà trop tard. *A l'entretien suivant, j'invite M. Z à me parler de son hébergement et il m'annonce qu'il a pris la décision de quitter l'appartement.* J'essaie de l'interroger sur cette décision, l'invitant à en dire plus, mais je me heurte au silence de sa part, il semble ne pas pouvoir ou ne pas vouloir en dire quoi que ce soit. Sa décision semble être prise, comme une fatalité, comme quelque chose sur quoi il n'est pas possible de revenir.

Il accepte toutefois l'idée que la sortie de l'appartement ne signifie pas pour autant la fin des entretiens. Je lui propose un autre rendez-vous le soutenant à ne pas rompre le lien mais rien n'y fait : il est coupable d'avoir rebu, il ne peut rester sur l'appartement. Nous en parlons à la réunion d'équipe et nous ne pouvons que partager notre incompréhension et notre désarroi.

La semaine suivante, M. Z quittera l'appartement après nous avoir remis les clés. Nous n'aurons plus de nouvelles de lui pendant trois mois. Les centres avec lesquels il est en contact sur Marseille n'ont aucune nouvelle de lui, pas plus que son centre de formation ; il semble que personne ne sache où il est.

Trois mois plus tard... M. Z revient au centre. Il n'est plus question d'hébergement. Je le reverrai pour trois entretiens. Il me parlera de ce qu'il a fait durant ces trois mois. Il m'apprend qu'il est revenu à Marseille depuis une semaine et qu'il a dormi au Vieux-Port. Durant une de ces nuits, il s'est fait agressé et s'est fait voler son sac et a pris un coup de pied au thorax. Les entretiens sont émaillés de silence. Il reprend la parole pour me dire qu'il y a des sujets qu'il veut explicitement éviter parmi lesquels son passé et sa mère.

Puis il va me parler plus spécifiquement de son départ de l'appartement alcool. Il est parti en Pologne. Il n'y était pas allé depuis 3 ans. Il a vu sa mère. Je me rends compte que même s'il n'en parle pas, l'objet de son retour en Pologne était de revoir sa mère. Il semble éprouver une immense culpabilité à son égard, une relation très emmêlée qui oscille entre rejet et séparation

impossible. Cela fait trois ans qu'il n'est pas retourné en Pologne et son départ de la Pologne date de ses 18 ans.

Il semble, que malgré ses 40 ans, malgré son départ de la Pologne, malgré son engagement dans la légion française, malgré la guerre en Irak, M. Z soit toujours pris dans un lien intense à sa mère mêlé de culpabilité. « *Elle m'a tout donné* » dit-il. Quelque chose de son discours met en évidence l'échec de sa séparation, malgré l'âge et l'exil. Seule une phrase viendra ponctuer ces entretiens, attestant de ce lien fusionnel. Au dernier entretien où je le vois, M. Z dit au bord des larmes : « *J'ai 40 ans et ma mère ne m'a jamais prise dans ses bras* ».

### **Madame F. reboit**

Le suivi avec Me. F prend une tournure qui semble similaire. Alors que Me. F venait régulièrement aux rendez-vous et qu'elle me témoignait de son besoin de venir, elle a pourtant mis fin à son suivi. Comme pour M. Z, c'est sa ré-alcoolisation qui est mise en avant pour expliquer/justifier de la rupture du lien.

Au cours d'une séance, elle me dira qu'elle a rebu et que cet échec hypothèque sa venue aux entretiens. Je la contredis bien sûr, mais rien n'y fait : le fait qu'elle ait rebu est un échec et la rend indigne de continuer à venir. Par la suite, elle manquera un premier rendez-vous mais appellera pour le déplacer et viendra à la séance suivante. Au cours des séances qui suivent, j'essaie de reprendre avec elle les raisons qui font qu'elle fait de son abstinence une condition exclusive de sa venue aux entretiens. A la suite de cet entretien manqué, elle me confiera qu'elle avait recommencé à boire la veille de l'entretien. La culpabilité avait été telle qu'elle a décidé de ne pas venir. Une première lecture m'a fait penser que la répétition de sa consommation avait pour elle la valeur d'un échec, qui la rendait indigne de venir et qu'elle cherchait à s'en punir en manquant l'entretien. Toutefois cette lecture me paraît parcellaire. En fait, il me semble que Me. F tient à la possibilité de boire, tout en sachant que cela peut mettre un terme au suivi.

Au même moment dans le centre s'ouvre un atelier d'expression plastique. La stagiaire éducatrice qui l'anime sollicite les membres de l'équipe pour que nous passions l'information auprès de nos patients. Comme l'atelier fonctionne bien et que Me. F semble inscrite dans le lien, je lui parle de cet atelier. D'une part, la douleur qui ressort des ses entretiens m'y incite car l'atelier peut être conçu comme espace d'expression autre que celui de l'entretien. L'atelier peut être vu comme un espace qui pourrait compléter le travail qu'elle fait dans la parole. D'autre part, il me semble intéressant qu'elle puisse si elle le souhaite renforcer son lien à l'équipe. Me. F accepte volontiers de rencontrer une animatrice de l'atelier. J'apprendrai que la rencontre s'est bien déroulée et que Me. F a paru intéressée. A l'entretien suivant comme je lui demande des nouvelles, elle me confirmera son intérêt pour l'atelier sans toutefois y aller.

A la suite de cela, s'ouvrira un nouveau moment dans le suivi. Me F me parle toujours de sa compagne et me dit qu'elle est « *malade* ». Il ne faut pas beaucoup de temps pour qu'elle me dise qu'elle a besoin d'être soignée... et pour qu'elle me demande enfin si je pourrais la prendre elle aussi en charge. Bien entendu je refuse pour lui garantir l'imperméabilité de l'espace qu'elle a construit. Sa place est la sienne, il n'est pas question que je reçoive sa compagne, cela ferait voler en éclats la garantie de la confidentialité de sa parole.

C'est peu après que Me. F cessera définitivement de venir aux entretiens.

Ce n'est que dans l'après-coup que j'ai noté que le moment où elle a interrompu son suivi correspond à ces deux moments importants dans le transfert :

- au moment où sur ma proposition je lui propose participer à un espace autre que celui des séances avec moi

- au moment où elle me demande si je peux recevoir sa compagne en entretien.

Bref, voilà M. Z sevré, inscrit dans le lien de soin avec l'institution, venant régulièrement aux entretiens avec moi, et hébergé dans l'appartement alcool qui... se remet à boire et voilà Me. F, inscrite dans lien thérapeutique, me disant « *à quel point ça lui fait du bien de parler* » qui se remet à boire au moment où je lui propose de renforcer son lien au centre.

Alors... Comment comprendre que le sujet abstinent et inscrit dans le soin disparaisse ainsi ?

## 5. POURQUOI CETTE REPETITION ? COMMENT LA COMPRENDRE ?

Pourquoi le sujet recommence-t-il à boire alors qu'il est abstinent et que le lien au soin est engagé ? Après tout, M. Z et Me. F l'illustrent parfaitement : « *l'accompagnement quotidien des sujets en butte aux addictions se confronte fréquemment aux répétitions de conduites* ». Sur ce point, la réponse neurobiologique autour de l'intoxication semble partielle. Et comme l'intitulé de ce module « *les addictions au risque de la psychanalyse* » le suggère : on ne peut pas comprendre les répétitions des patients addictés en faisant l'économie du sens inconscient, subjectif, fantasmatique de l'histoire du patient.

### ***Le sevrage, le manque***

Expliquer la mécanique du cerveau ne revient pas à expliquer le sens de la répétition pour le sujet. On peut comprendre qu'une habitude de plusieurs années laisse une trace physique dans les circuits neuronaux (mais on peut penser que ça serait aussi le cas pour une habitude psychique) mais la psychanalyse nous invite à différencier le besoin du désir<sup>8</sup>. Après le sevrage, le patient est désintoxiqué, il peut encore ressentir le désir de consommer, mais son organisme n'a plus le *besoin* de boire pour éviter de ressentir les effets du manque.

La réponse médicale pour arrêter l'alcool est le sevrage. Les cures de sevrage, qui durent entre 3 et 5 semaines, consistent à priver le patient d'alcool, ceci se faisant sous contrôle médical. Un article de la Société Française d'Alcoologie explique que le sevrage est « *résolutif spontanément ou sous traitement en deux à cinq jours*<sup>9</sup> ». Il repose autour de deux axes principaux : d'un côté l'information du patient sur son sevrage et sur sa dépendance, de l'autre le suivi médical<sup>10</sup>.

Au terme de ce sevrage le patient est « désintoxiqué » et il ne reste plus de trace d'alcool dans son organisme. *Le syndrome de manque, au registre physique*, n'est donc plus ressenti et, par conséquence, une ré-alcoolisation ne pourrait s'expliquer par le seul besoin de réduire l'effet de manque.

Il arrive qu'un troisième axe soit présent dans la prise en charge de l'alcool et dans les cures de sevrage. Est parfois rajouté comme axe supplémentaire « *la psychologie* ». Pourtant il peut y avoir un problème avec l'usage de ce terme. Le terme est en effet souvent employé sans qu'il ait un sens précis. Pour le patient, dire « *c'est psychologique* » c'est souvent une façon de dire que c'est « *dans la tête* », voire c'est « *imaginaire* » (ce qui est à entendre comme une façon de minimiser la gravité du mal). Pour le médecin, « *c'est psychologique* » peut signifier que ce dont souffre le patient ne concerne pas le registre médical, que c'est ce sur quoi il ne peut rien faire. Là encore, « *c'est dans la tête* ».

Mais « *c'est psychologique* » ne veut pas dire qu'il s'agit d'une question de volonté. On ne rechute pas parce qu'on manque de volonté et on ne va pas voir un psychologue parce qu'on manque de volonté.

---

<sup>8</sup> Un problème logique de la seule explication neurobiologique tient dans la question de l'abstinence. Si, une fois que le sevrage est accompli, le patient n'a plus le besoin de boire pour ne pas ressentir le manque, les conduites de rechute (de répétition) deviennent alors inexplicables à partir du seul objectif « *d'éviter le manque* ».

<sup>9</sup> Sevrage simple en alcool, document de la Société Française d'Alcoologie, « Evaluation des Pratiques Professionnelles en Alcoologie » - ©SFA – 19.12.06, disponible à l'adresse suivante : [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Svg\\_simple.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Svg_simple.pdf)

<sup>10</sup> Le suivi médical consiste à contrôler l'hydratation du patient (on contrôle durant la cure les apports hydriques qui doivent être en quantité suffisante), à prescrire des benzodiazépines (dont le rôle est de réduire la sévérité et les complications du syndrome de sevrage ; il s'agit notamment de prévenir les crises convulsives) et parfois à administrer des vitamines (B1 – thiamine, B6 – pyridoxine, voire PP).

Comprendre pourquoi M. Z ou Me. F recommencent à boire, n'est pas à penser en terme de « *manque de volonté* » et si certains patients se ré-alcoolisent alors que tout semble engagé dans le processus de soin, peut être faut-il entendre dans cette conduite que quelque chose dans leur geste est du registre de l'affect et de l'ordre de la relation clinique qui est en jeu. Cette relation « *tyrannique* » à l'alcool, dont la rechute s'exprime dans le cadre du soin, n'arrive pas à n'importe quel moment et dans n'importe quel lieu. Elle arrive dans *le transfert*, c'est-à-dire dans la relation à l'autre et elle est aussi liée, dans l'histoire du sujet, à *quelque chose qui fait lien avec la question de la possibilité d'exister*.

Dès lors, au moyen de l'alcool, quelque chose du côté de la question de la *séparation et de la répétition* semble être en jeu. Le travail dans la psychothérapie auprès des patients addicts, est celui de l'analyse de la relation du sujet à l'objet<sup>11</sup>, ce qui sous-tend que la répétition de la conduite addictive dans le transfert est à entendre dans le lien à l'Autre. Il s'agit d'entendre le symptôme comme une adresse du sujet et comme ce qui se répète de ne pas être entendu.

### ***La relation tyrannique à l'alcool***

On peut avancer que la consommation d'alcool a au moins une triple fonction :

- dire le vécu psychique (le symptôme fait parler et parle)
- mettre en acte quelque chose du côté de la séparation (du moi avec l'autre)
- formuler une demande (d'amour) et de consolation.

*Le prix de la cessation de la consommation affecte cette triple fonction.* Essayer de comprendre pourquoi un sujet boit et pourquoi il répète sa consommation, exige d'entendre que sa conduite dit quelque chose et que ce dont il s'agit est du côté de la séparation.

Il y a de la « *tyrannie* » dans la relation que le patient a noué à l'alcool. Le mot tyrannie vient de « *tirannos* » qui en latin se réfère au maître, au dominateur. Dans l'antiquité grecque, la tyrannie désignait *un pouvoir absolu conquis par la force, qui usurpait l'autorité légale*. Le Larousse en ligne<sup>12</sup> parle d'une point de vue littéraire d'une gouvernance « *cruelle* », d'une autorité « *oppressive* », d'un « *pouvoir irrésistible* ». La relation tyrannique se réfère donc à une relation de domination où quelque chose d'illégitime semble avoir pris le pouvoir de façon absolue sur le sujet<sup>13</sup>.

Le patient alcoolique est dans une relation tyrannique à l'alcool, dans une relation de dépendance ; il ne « *peut pas* » se passer de l'alcool ; il n'est pas à l'abri d'une rechute ; et l'alcool peut faire retour même après le sevrage.

### ***Quelque chose de menaçant dans la relation de soin ?***

Cette relation tyrannique dépasse sans doute la seule relation à l'alcool. On peut penser qu'elle est prise dans la relation à l'Autre et que la relation à l'alcool n'en est que le signifiant. Les rencontres cliniques de M. Z et Me. F témoignent de la fragilité de leur existence. Le fait de boire les déqualifie (voir les insultes à Me. F « *ivrogne* », « *moins que rien* », « *pute* ») et les rend indigne au point, pour eux, de justifier l'arrêt de la relation de soin. L'hypothèse que je fais est qu'il y a quelque chose de menaçant pour ces deux patients dans le projet d'arrêter de boire. M. Z et Me. F *risqueraient quelque chose à ne plus boire*, comme si *quelque chose de trop dangereux pouvait arriver, quelque chose dont l'alcool pouvait les protéger*.

De fait, la re-consommation de M. Z ou de Me. F a pour effet par la rupture directe ou progressive d'avec le CSAPA malgré les désaccords des soignants. On peut penser que si M. Z et Me. F recommencent à boire, *c'est précisément parce que cela entraînera la rupture du*

---

<sup>11</sup> Ici donc à l'alcool et à l'équipe du centre de soin.

<sup>12</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tyrannie/80397>

<sup>13</sup> A. Ciccone et al, psychanalyse du lien tyrannique, Paris, Dunod, 2006.

lien et que cette rupture a été nécessaire car à ce moment du soin, la continuité de la relation était menaçante.

***Se séparer pour exister. Tenter de mettre à distance une relation d'assujettissement***

Les entretiens avec Me. F sont habités par son sentiment de « *n'être rien* », d'être « *rejetée* », de « *ne rien valoir* ». Ces jugements proviennent soit d'elle-même dans la façon dont elle se voit, soit de la façon dont elle est vue et qualifiée. A plusieurs reprises, elle relie ces accusations à une très forte culpabilité liée à sa consommation. Elle boit encore, elle ne sait pas s'arrêter, c'est le signe qu'elle est indigne de confiance, la preuve qu'elle est un « *déchet* ». C'est d'ailleurs la condition pour qu'elle s'autorise à venir me parler : qu'elle soit abstinente. *C'est le fait qu'elle boit qui provoque son rejet chez sa compagne, mais aussi chez le psy.* Sa consommation la rappelle à sa souffrance principale : elle n'est pas aimable, elle est traitée par l'autre comme méprisable. Et c'est par l'alcool qu'elle met fin à sa relation au centre de soin.

Or, sa ré-alcoolisation arrive au moment où je lui propose l'inscription dans un espace thérapeutique complémentaire. Comme si la proposition de renforcer le lien à l'équipe appelait la rechute, comme si l'alcool venait faire espace de rejet, de séparation du centre.

Il y a pour Me. F quelque chose de menaçant dans la relation à l'Autre, comme si le rapprochement menaçait la distance et menaçait la possibilité d'exister séparée.

M. Z quitte lui aussi le centre au moment où il s'en rapproche : c'est une fois qu'il est rentré dans le dispositif d'hébergement qu'il recommence à boire. Pour lui aussi, il semble que c'est d'être trop rapproché de l'institution qui provoque sa ré-alcoolisation. Mais, à la différence de Me. F, M. Z est revenu au centre quelques mois après. Au cours des trois séances que nous avons eues, il a expliqué sa rupture d'avec le centre par le fait que « *nous lui avons trop donné* ». Il a répété cette phrase en boucle, plusieurs fois.

Il me semble que cette phrase témoigne de la dimension de menace que contient pour lui la proposition de soin et, plus précisément, la proposition de resserrement du lien. Comme si M. Z disait que quelque chose du rapprochement, de l'inclusion lui était insupportable, comme si M. Z. ou Me. F, nous montraient à quel point il était nécessaire pour eux de *ne pas faire partie de la famille thérapeutique*<sup>14</sup>. L'anamnèse de M. Z raconte sa relation à sa mère dans son registre fusionnel. Il décrit une relation étouffante au point de rendre impossible la séparation. La vie de M. Z semble être une tentative échouée de quitter la Pologne... et rien n'y a fait, ni le fait de partir pour l'Allemagne, ni la légion, ni la guerre : M. Z revient en Pologne pour... payer le divorce de sa mère.

Il semble ainsi pris dans une attitude ambivalente : d'un côté « agir » la séparation – la légion, la France, etc. – et de l'autre empêcher la séparation d'avoir lieu sur le plan psychique. Plus il s'y inscrit, plus sa relation au centre de soin devient menaçante pour lui et plus il hypothèque la possibilité de son retour. Il quitte l'appartement alcool pour retourner en Pologne, comme rattrapé par l'appel de sa mère. Le point culminant sera sans doute ce moment où il dira effondré : « *j'ai 40 ans et ma mère ne m'a jamais pris dans ses bras* ». On peut penser que dans sa relation à l'AMPTA, l'alcool fonctionne comme garantie de rupture du lien au centre, lorsque la possibilité à celui-ci devient trop menaçante.

---

<sup>14</sup> Je dis « famille thérapeutique » car j'ai souvent pensé que le fait de proposer un hébergement, un logement pouvait avoir une valeur – au niveau du fantasme – d'intégrer un rapport familial au centre.

Me. F elle est dans une relation inverse : elle n'est que séparation. On la sépare de son père à 5 ans – lorsqu'elle apprend qu'il n'est pas son vrai père – on la sépare à nouveau à l'âge de 9 ans – lors de son départ à Marseille. Cet homme à jamais au loin, elle ne le verra plus et sa douleur sera désormais niée par sa famille.

Un viol arrive à 13 ans dont les effets subjectifs se prolongent aujourd'hui. Sa compagne également nie sa souffrance en même temps qu'elle la nie dans son existence. Les mots que Me. F reçoit de sa compagne la déconstruisent : elle est une « pute », objet du désir de l'autre, elle n'est rien. Alcoolisée, elle est qualifiée totalement : elle est une « ivrogne » qui ne sait pas ce qu'elle dit et dont la parole ne compte pas. Apparemment à l'inverse de la structure de la relation d'emprise qui étroit M. Z, Me. F est elle totalement séparée.

Mais, annulée dans son existence par les mots des autres, *elle est elle aussi assujettie dans le rapport à l'autre*. Pour elle comme pour lui, quelque chose de fondamental de l'existence en tant que sujet séparé de la famille est profondément entamé et c'est dans cette perspective que *l'alcool joue le rôle très particulier d'un rejet qui provoque une séparation*.

Ainsi, boire prend une valeur d'existence. En buvant, l'un et l'autre devenus « alcooliques » deviennent incompréhensibles, déchet repoussé, séparés par le dégoût qu'ils provoquent. Mais c'est qu'au-delà de cette figure du déchet, il faut peut-être entendre *le pari de la séparation*. Le déchet est ce dont on ne veut pas, ce qui est séparé de la société, comme les excréments le sont du corps.

On peut peut-être comprendre ainsi la menace que peut représenter le soin en tant qu'il est accompagnement. La relation au centre de soin est un risque, risque à la fois d'inclusion qui nierait la séparation et risque d'assujettissement du sujet. Le « *vous m'avez trop donné* » de M. Z pourrait se décliner par : « *en me donnant un toit, vous me privez de ma tentative de mettre de la distance* ». L'alcool fonctionne alors comme garantie de la rupture du soin. La rupture de soin de Me. F s'y apparente aussi : elle quitte le soin au moment où sa compagne pourrait venir prendre sa place et au moment on lui propose d'intégrer un peu plus le centre. Comme si la menace était là, présente, et comme s'il s'agissait, par l'alcool, de se protéger d'intégrer un lien dont la finalité pourrait s'avérer assujettissante. *La « rechute » alcoolique fait séparation d'avec le centre* comme geste qui provoque la séparation qui ne peut-être mise en mots. Ce que le sujet ne le dit pas, il le fait avec l'alcool.

De ce point de vue, la relation alcoolique peut fonctionner comme « *solution* », car si elle provoque bel et bien une séparation – fut-ce au prix de devenir un déchet – elle construit aussi dans la relation de dépendance au toxique, une protection contre le risque de la séparation dans la relation.

A la différence de la relation à l'autre, l'alcool est un objet que se donne le sujet qui est à entendre comme une manière de s'aimer malgré la relation défectueuse à l'autre. La consommation ou la rechute, au prix d'une relation tyrannique – qui se paie de la dévalorisation du sujet – met en jeu quelque chose de très profond de la vie affective du sujet en même temps qu'elle soigne de la douleur de la séparation. La tyrannie de l'alcool est là : le sujet s'inscrit dans une relation dont il ne peut s'échapper mais dont la dépendance lui garantit la présence dont il a besoin pour pouvoir être aimé malgré la relation à l'autre défectueuse.

## 6. DEUX EXEMPLES DE « GUERISON » : LA LETTRE A LA FAMILLE, VIE LIBRE ; RECONDUIRE LE LIEN TYRANNIQUE ?

### **Vie libre**

Le Mouvement Vie Libre est une association non théiste et se distingue des alcooliques anonymes par son rejet de l'anonymat<sup>15</sup>.

L'éthique de l'association est très orientée par l'idée de la liberté : il s'agit de mettre fin à l'esclavage du buveur et de l'aider à retrouver sa liberté. Selon l'anthropologue S. Fainzang<sup>16</sup>, le mouvement attribue idéologiquement l'asservissement et la maladie du buveur à la société. Le buveur est atteint d'un mal dont il ne porte pas lui-même la responsabilité. André-Marie Talvas écrit dans la charte du mouvement : *"Vie Libre n'existe que pour respecter et aimer les malades alcooliques, leur porter secours, en refaire des hommes libres et les défendre contre tous ceux qui les exploitent, les abandonnent ou les tournent en dérision"*.

L'association insiste également sur la notion de « fierté » et sur l'amitié qui doit exister dans le cœur des malades guéris. Il s'agit d'ailleurs la devise du mouvement : *« Notre force, c'est l'amitié »*. Celle-ci doit être *« donnée dans le sens de la promotion et du bonheur des autres »*. Si ce n'était pas le cas, est-il précisé, *« elle ne serait pas gratuite et désintéressée »*.

L'association fonctionne avec des « buveurs guéris » et des « abstinents volontaires » autour d'un système de cartes. Le « buveur guéri » – celui qui s'abstient depuis au moins 6 mois – se voit décerner une carte rose. Son abstinence n'est pas contrôlée, est seulement demandée au patient une participation régulière aux réunions. La personne nommée « abstinente volontaire » lui, est un proche qui n'a pas forcément de problème avec l'alcool qui s'engage à ne pas boire pour aider le buveur à guérir. Il a une carte verte (s'il reste abstinente au moins 6 mois).

Sur la question de la rechute, Vie Libre a un point de vue particulier et attribue celle-ci la forte pression sociale qui encourage à la consommation d'alcool. Le mouvement a également une attitude assez accusatrice à l'égard des pouvoirs publics qui sont accusés de complaisance à l'égard des producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées.

### **Quelques extraits de « Libres, la soif d'en sortir, notre force c'est l'Amitié »<sup>17</sup>**

Dans les lignes qui suivent, je reproduis quelques passages d'un des numéros du magazine de l'association afin de comprendre comment se construit la relation entre *Vie Libre* et le patient. La guérison est appelée *renaissance* (le mot est en caractère majuscules). Elle est décrite comme le fruit d'un « long et douloureux combat contre l'alcool ».

Page 4, Vie libre se félicite d'avoir brisé « l'omerta sur la question de l'alcoolisme qui dure depuis des décennies » et parle de « non-assistance à personnes en danger ». L'association se positionne également sur le plan politique en expliquant qu'elle souhaite que la lutte contre l'alcoolisme soit déclarée grande cause nationale en 2011. Elle propose notamment que soit rendue « obligatoire » une formation sur la question de l'alcoolisme à l'ensemble du corps médical. L'association s'engage « à intervenir dans le cadre de la campagne électorale en demandant aux candidats (d'expliquer) leurs projets et leurs engagements en matière de

<sup>15</sup> Le mouvement naît en 1953 de la fusion entre deux associations : « Entraide » et « l'Amicale 147 ». C'est une rencontre entre Germaine Campion et l'abbé André-Marie Talvas qui en est à l'origine. Germaine Campion, elle-même alcoolique a connu un passé de prostitution. Au moment où elle rencontre l'abbé A. M. Talvas, elle envisage de mettre fin à ses jours. C'est avec lui qu'elle fonde « Entraide » en 1937 pour lutter contre l'alcoolisme. 9 ans plus tard, une seconde association, « le Mouvement du Nid » sera créée pour lutter contre la prostitution. Le mouvement fera fermer les maisons closes.

<sup>16</sup> Fainzang S., *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996.

<sup>17</sup> Il s'agit du magazine de l'association. Extraits du numéro de janvier-février 2010.



*sensibilisation et de lutte contre l'alcoolisme (p. 5) ». L'association explique qu'elle contrôlera la mise en acte des promesses électorales et de dénoncera leur non application si le cas se présentait (p. 8).*

### ***Une fétichisation de l'alcool ?***

Les pages suivantes parlent de la question de l'abstinence. Celle-ci doit être « totale » et exclut donc toutes les quantités d'alcool aussi minimes soient-elles. Les sauces, les pâtisseries, les chocolats et certains médicaments – notamment les sirops qui pourraient contenir de l'alcool dans leur composition – sont donc prohibés. L'article compare cette abstinence à « *un régime draconien, plus sévère qu'un régime pour diabétique* » car, « *si le diabétique peut s'octroyer un écart en consommant du sucre à l'occasion d'un événement (repas de fête, sortie amicale ou autre), cet écart, chez l'alcoolique, peut être dramatique* ».

On a donc à faire avec cette conception de l'alcoolisme à une conception centrée sur l'objet toxique de l'alcool et relativement détachée de la relation entre le sujet et l'objet.

### ***Vie sociale et culturelle***

Le journal propose également une rubrique intitulée « vie sociale et culturelle » qui propose des sorties pour ses adhérents. Ainsi on trouve mention des réunions qui ont été organisées par l'association en région ou encore un article faisant la chronique d'un livre écrit par un ancien alcoolique.

La section Vie Libre de Creil rapporte ainsi avoir proposé à ses adhérents une réunion sortie-cinéma autour du film *Un denier pour la route*<sup>18</sup>. L'article explique que cette sortie était organisée « *pour partager ce moment d'émotion, de souvenirs, de vécu* » car, « *un film qui traite de cette maladie, on ne pouvait pas passer à côté* ». On apprend que des moyens importants ont été déployés par l'association pour permettre cette sortie, et que « *même les malades en cure à la Fondation Rothschild ont pu se rendre à cette séance grâce à la logistique organisée par Vie Libre (...) avec un transport en voiture jusqu'au cinéma.* » L'article est légendé d'une « *photo du groupe qui a été prise à l'entrée du cinéma pour immortaliser cette sortie* ».

A lire ces articles, on peut être frappé par la façon dont l'alcool est « fétichisé » pour constituer le point central de l'organisation de l'association. Les témoignages des divers adhérents de l'association reprennent à plusieurs reprises l'idée « *je serai toujours alcoolique* » et on peut se demander si le projet associatif n'en vient pas à substituer la relation de dépendance à l'alcool par une relation d'amitié fondée sur une disponibilité exagérée – et personnalisée – des soignants. La dépendance semble s'être maintenue – ou transférée – dans une « identité d'alcoolique » qui change peu la relation que le sujet dépendant entretient à l'objet. On peut également se demander si l'hypothèse « *je serai toujours alcoolique* » ne reproduirait pas une certaine tyrannie dans la relation à soi-même.

Une telle proposition mérite de s'interroger sur la figure de l'Autre qui est proposée tant elle semble promouvoir un Autre qui sait. Le discours médical sur l'abstinence totale<sup>19</sup> semble quand à lui prendre le risque de se substituer au discours singulier et unique de l'histoire du patient. En prenant sous son « aile-science » le patient celui-ci semble s'adresser au patient en certifiant l'existence d'un Autre omniscient.

Décidemment, l'alcool apparaît comme un objet ambivalent dans sa tyrannie :

- Il constitue un objet tyrannique que s'administre le patient
- Il constitue une relation protégée de la séparation (l'alcool ne m'abandonnera pas)
- Mais il est aussi l'objet empêche au sujet d'exister légitimement.

<sup>18</sup> Il s'agit d'un film sur l'alcoolisme, sortie en 2009.

<sup>19</sup> Voir « *La lettre à la famille* » du docteur Fouquet.

## Conclusion

L'expérience clinique enseigne que pour un patient, répéter un geste ou un comportement peut être une façon de signifier quelque chose qui ne peut être dit, alors même que cet agir se situe à un carrefour complexe entre la question de la séparation, de l'existence et de la dépendance. Dans certains cas, répéter la consommation de la boisson peut être une manière de signifier la possibilité d'une tentative d'existence malgré l'emprise de l'Autre.

Le travail du psychologue ou ne saurait donc être un travail sur la « *volonté* » du patient, mais doit probablement plus être pensé au titre d'un travail sur la parole que l'alcool « mange ». Car la parole constitue un antidote contre la relation tyrannique à l'Autre.

Dès lors, vouloir que le patient cesse de boire risque d'être entendu par lui comme l'exigence qu'il cesse de se donner l'objet qui le répare face à la carence d'amour et qui le soigne de la douleur de la séparation.

Il faut pouvoir penser ce qui apparaît comme un échec – la sortie d'un patient d'un dispositif de soin – autrement que comme un échec, en donnant à cet acte la valeur d'une épreuve de la séparation dans la relation subjective.