

Cinq conseils pour la rencontre avec un patient dépendant de l'alcool

Pr JEAN-BERNARD DAEPPEN^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 206-7

Entendu au cabinet ce matin

«J'aime boire. Quand je n'ai pas mon verre ça me manque et je ne pense qu'à ça. **Mais parfois je me dis que je devrais arrêter. Je ne supporte pas d'être sous cette emprise, c'est comme si je ne contrôle plus rien. Mais ça me détend de boire, ça m'aide pour parler aux gens. Je ne sais pas quoi faire, je me sens coincé. J'en ai envie, mais ça me rend dingue.**»

CONSEIL 1: NE PAS METTRE EN SCÈNE L'AMBIVALENCE DU PATIENT

Boire ou **ne pas boire, changer** ou *ne pas changer*, l'ambivalence est un signe cardinal de l'addiction. Nos patients vivent une véritable guerre civile entre cortex et système de la récompense: comme l'exprime mon patient de ce matin, il est pris dans un véritable dilemme qui le conduit chaque jour à de bonnes résolutions aussi vite trahies. L'ivresse suit et précède un face-à-face avec une estime de soi en lambeau. Pour permettre au patient d'explorer cette ambivalence, pour lui donner les forces de combattre la puissance de l'addiction, il a besoin d'aide pour perfectionner ses moyens de lutte contre un système de la récompense aux abois.

Notre outil est la relation, nos armes la curiosité et la valorisation, notre karma l'espérance et la confiance. Mais avant tout, il faut éviter le piège de mettre en scène l'ambivalence du patient dans la relation en lui servant les arguments qu'il connaît si bien, en jouant le rôle de son cortex qui lui dit depuis si longtemps de faire quelque chose. Éviter ainsi un dialogue symétrique, une partie de ping-pong faite de «oui, mais...» et de «non, mais...», une partie où la balle s'échange de plus en plus vite et où les interlocuteurs s'écoutent de moins en moins. Privilégier donc l'acceptation et l'exploration de cette ambivalence: «d'un côté, vous aimez tant le vin et en même temps vous n'en pouvez plus des reproches que l'on vous fait...»¹

CONSEIL 2: DEMANDER LA PERMISSION

Pour aborder une question aussi délicate que la consommation d'alcool d'une personne qui boit trop, il faut instaurer un climat de confiance, créer un espace de sécurité dans lequel le

patient pourra s'exprimer librement sans sentir ni pression ni jugement. Il s'agit d'accepter le patient là où il en est, avec son ambivalence. Demander la permission est une manière simple de valoriser son autonomie. Cela signifie s'ajuster à sa motivation, c'est aussi accepter l'idée que le changement est un processus lent, discontinu et qui peut fluctuer relativement rapidement.

CONSEIL 3: FAIRE PREUVE DE PATIENCE

Illusion et espoir de résolution rapide: il suffit d'arrêter de boire et tout va s'arranger. Cela ferait du thérapeute un génie et du patient un héros. Les soignants subissent une forte pression: «il faut faire quelque chose et vite... Il suffit qu'il entre en clinique pour calmer tout le monde... Si j'arrive à le convaincre, je vais me sentir rassuré, j'aurais l'impression d'avoir fait mon boulot... et la famille sera soulagée...» C'est ignorer la puissance de l'addiction, c'est aussi être aveuglé par le symptôme. L'alcool est souvent la pointe de l'iceberg, la consommation a, en général, été une tentative de résoudre un problème. Fermez les yeux un instant, rappelez-vous vos dix-huit ans à la discothèque des «Flots bleus» avec cette envie si forte d'embrasser cette fille ou ce garçon. L'obscurité qui protège une intimité naissante, la musique forte qui oblige de se rapprocher et l'alcool qui donne la pichenette de désinhibition qui permet de franchir le Rubicon... Pour celles et ceux pour qui ce pas a été si difficile, pour ceux qui ont les mauvais gênes, pour ceux qui sont pris entre terreur et attirance, pour ceux pour qui les relations premières ont été marquées par l'insécurité, pour tous ceux-là, l'alcool est la solution miracle et le piège... Enlevez l'alcool, il restera le problème, les bugs relationnels, le traumatisme sous-jacent. Le temps de la relation qui soigne est lent, il est fait de petites couches, d'essais et de retours en arrière.

CONSEIL 4: NE PAS DONNER DE CONSEILS!

Les addictions sont des pathologies du désir. Quoi de plus intime que le désir? Difficile de décider pour autrui dans ce domaine, même si l'intention est louable. La bienveillance peut jouer des tours! Notre «réflexe correcteur», cette tension qui nous pousse à «faire le maximum» pour que la personne aille mieux, devrait être reconnu et retenu. Cela sous-entend de prêter à notre patient l'autonomie et la capacité de se déterminer sur ses choix, même s'ils mettent sa santé en danger. Il est l'expert de son propre fonctionnement, de ses ressources et de sa créativité. Nous sommes les experts de ce qui réussit aux autres. Notre rôle est d'être un «partenaire», un guide, un explorateur de ressources et un inducteur

^a Service de médecine des addictions, CHUV, 1011 Lausanne
jean-bernard.daeppen@chuv.ch

d'expériences nouvelles... mais les solutions qui fonctionnent viennent en général du patient, de ses tâtonnements et parfois, un peu, de nos encouragements.

CONSEIL 5: ADOPTER LA «NOT KNOWING ATTITUDE»²

La relation qui soigne se construit sur la confiance et la curiosité. Nous ne savons pas ce qui va convenir à la personne que nous souhaitons aider. C'est la raison pour laquelle les conseils doivent être prodigués avec beaucoup de précaution. Ce qui a marché pour l'un ne marchera pas pour l'autre. C'est aussi plus valorisant pour nos patients d'identifier eux-mêmes les solutions possibles. Le «vous pourriez tenter cela...» risque fort de rencontrer un «oui» assez mou et une idée vite oubliée. La «not knowing attitude» nous invite à nous laisser surprendre, elle nous conduit à une coconstruction, par tâtonnement et à des suggestions précautionneuses. Elle nous pousse également à ne pas idéaliser le contrôle que le patient peut avoir sur son comportement futur et à éviter des engagements trop rigides, des contrats qui, s'ils échouent, pourraient accentuer encore le sentiment d'échec et de déva-

lorisation. Je constate souvent que les solutions que les patients identifient, même lorsqu'elles me paraissent un peu scabreuses à première vue, sont des étapes vers des changements plus robustes et durables.

Entendu au téléphone l'autre jour

Un collègue me disait, démuni face à un de ses patients: «il ne fait que de mentir, il met les soignants les uns contre les autres... c'est un manipulateur... est-ce que tous les alcooliques le sont?» La réponse scientifique est clairement non. Les personnes aux prises avec une addiction à l'alcool sont par contre aux prises avec un conflit d'ambivalence qui les pousse à résister contre la pression des soignants à les faire changer. Et je conclurai en soulignant que leurs faiblesses ne nous intéressent pas, ce sont seulement leurs forces, leurs ressources, leurs capacités de trouver des solutions qui nous importent.

1 Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing : helping people change. Third edition. New York : Guilford press, 2013.

2 Isebaert L, Cabié MC, Dellucci H. Alliance thérapeutique et thérapies brèves. Le modèle de Bruges. Toulouse : Editions Eres, 2015.