

# BULLETIN RÉGIONAL DES ADDICTIONS



N°18- Juillet 2008

## SOMMAIRE

### Editorial

(Dr JP.AUBIN) ..... Page 2

### Billet d'humeur

(Dr D.METE) ..... Page 2

### Hommage au Docteur Maurice JAY

(COLLECTIF) ..... Page 3

### L'entretien motivationnel

(Dr A.BENYAMINA) ..... Page 4

### La première consultation en alcoologie : quels enjeux ?

(Dr JP.AUBIN) ..... Page 7

### "La rencontre en questions"

(E.JD.SINGAINY) ..... Page 11

### La gymnastique : quelques précisions

(N. GREINER) ..... Page 13

### Progresser dans la lutte contre le tabagisme à la Réunion

(Dr D.METE) ..... Page 14

### Nouvelles brèves

(Dr D.METE) ..... Page 15

### Une sénatrice au chevet des toxicomanes

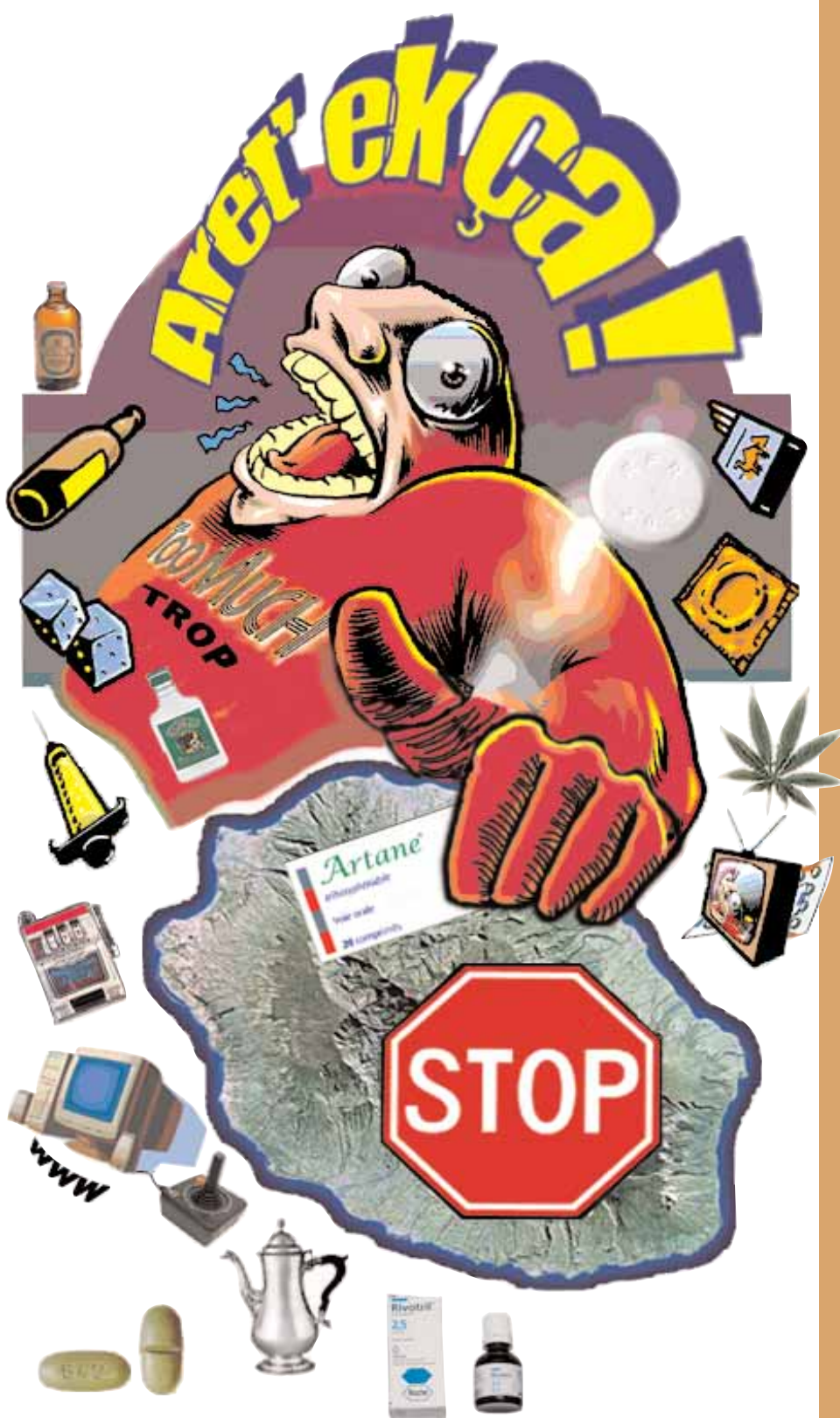
(M.BOUVERET) ..... Page 16

### Hallucinogènes

(Dr D.METE) ..... Page 16

### Coordonnées utiles

(Dr D.METE) ..... Page 16



## EDITORIAL

### Donner du sens dans le soin institutionnel aux malades alcooliques

par le Docteur JP. AUBIN,  
président de la FRAR,  
service d'addictologie GHSR

#### 1/ Pour le malade

La maladie alcoolique conduit à ce que JP. Descombey appelle l'hémorragie psychique dont les conséquences sont pour la personne des difficultés dans sa faculté de penser, d'éprouver, d'être dans sa relation à autrui et au monde en général. Elle peut conduire vers le repli sur soi, mortifère, pseudo autistique, d'une pensée devenue chaos, privée de sens et où l'existence même n'a plus de signification. Agir devient alors le mode d'expression privilégié du malade, mais un agir souvent désordonné et chaotique. La rupture avec l'alcool devient alors condition nécessaire mais non suffisante au malade pour aller vers la reconquête de soi. Le temps de la cure peut lui permettre en faisant l'épreuve de soi d'expérimenter un autre chose de lui-même, le temps d'un vécu différent. Il importe pour cela de définir le cadre : règles de vie, ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas, rapport aux autres, à l'équipe soignante, participation aux soins. Pour que cette expérience de vie puisse advenir, l'alcoolisation de la personne n'a évidemment pas de place. Le manque, ou « l'absent » qui domine en reprenant les mots de Jean Cocteau, est souvent, malgré le traitement, difficile à vivre. Mais si une réalcoolisation se produit, il convient de ne pas la banaliser, il faut alors en rechercher la signification. Traduisant un éprouvé insup-

portable, elle peut amener à renforcer le traitement, mais elle peut traduire aussi la volonté de la personne de vouloir mettre un terme à son séjour, ce qui peut être pour le soignant difficile à accepter.

Autoriser la poursuite de l'alcoolisation du malade alcoolique pendant son séjour est un non-sens complet. C'est non seulement lui ôter la possibilité de s'exprimer, mais c'est aussi une contre-attitude qui conduit à renforcer son sentiment de toute-puissance et donc de non-changement, et plus grave encore, dénie la souffrance du malade.



L'écrivain Charles Bukowski

#### 2/ Pour les soignants

Il s'agit, là aussi, de clarifier l'action auprès du malade. Le cadre est le garant des limites nécessaires qu'il convient au patient de respecter pour le bon déroulement des soins même si pour certains c'est éprouvant. Pour le soignant c'est garantir une juste distance relationnelle et éviter un collage fusionnel confusonnant pour favoriser entre autre

chose resocialisation, revalorisation, restauration de la confiance en soi et de l'affirmation de soi, meilleure communication.

C'est également penser son action dans le dispositif de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive (circulaire du 16 mai 2007) dont on peut rappeler ici les trois niveaux du dispositif hospitalier.

- niveau I qui assure les réponses de proximité, y compris de sevrage simple,
- niveau II, niveau de recours spécifiquement addictologique qui propose des prises en charge spécialisées et accueille les patients posant des problèmes particuliers. Les structures de niveau II assurent notamment des sevrages et des soins résidentiels complexes. A la Réunion cela correspond aux services d'addictologie du CHD, celui du GHSR et l'institut Robert Debré,
- niveau III, ou centre d'addictologie universitaire régional implanté dans les CHU, propose les mêmes prises en charge que les structures de niveau II. Il constitue en plus un lieu régional de ressources, de formation, et de recherche.

Dispositif qu'il ne faut pas confondre avec le COPAAH ou collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière. Récemment créé (avril 2008), il réunit des intervenants hospitaliers du soin en addictologie dans un groupe de réflexion qui souhaite être représentatif de la diversité des acteurs et des structures de soins qui œuvrent dans le domaine de l'addictologie afin de les représenter auprès des autorités publiques et des instances nationales, régionales et locales.

#### BILLET D'HUMEUR

Comme le rappelle le Pr Jean Bernard Daeppen, rédacteur adjoint de la revue *Alcoolologie et Addictologie\**, dans son excellent éditorial\*\* richement référencé du dernier numéro, l'abstinence est en général nécessaire pour les plus dépendants de l'alcool. Le retour à une consommation contrôlée n'est envisageable que pour les patients

modérément ou peu dépendants. Il insiste sur l'importance d'une **alcoolologie fondée sur les preuves** en rappelant quelques fondamentaux qu'il paraît bon de pouvoir se remémorer.

La FRAR se place résolument dans cette optique d'une approche raisonnée, désintéressée, humaine mais aussi basée sur des données scientifiques en application d'une déontologie

qui impose très justement que dans nos structures nous proposons à nos patients la meilleure qualité des soins.

Dr David METE,  
Service d'Addictologie, CHR, site  
Félix Guyon

\* La revue *Alcoolologie et Addictologie* est l'organe officiel de la Société Française d'Alcoolologie

\*\* Daeppen JB. Vers une alcoolologie fondée sur les preuves. *Alcoolologie et Addictologie* 2008; 30(2): 119-120.

# HOMMAGE UNANIME AU DOCTEUR MAURICE JAY

**Dr Patricia WIND\*, Présidente de l'ANPAA-974**

La disparition, le mois dernier à 83 ans, de ce pionnier de l'alcoologie et de la psychiatrie moderne, laisse planer un sentiment d'abandon au sein de la communauté " addictologique " réunionnaise.

Dans les années 70, il a été l'organisateur et initiateur de l'alcoologie sur l'île.

A ses débuts, en tant que psychiatre et directeur du Centre Hospitalier Spécialisé de St Paul, il a le premier accueilli des malades de l'alcool dans le cadre d'une prise en charge résidentielle au CHS, avec mise en place du groupe des alcooliques de St Paul. Ses travaux sur la schizophrénie ont participé de sa renommée en tant que chercheur.

En 1976, il s'engage sur le plan associatif et préside l'ANPAA 974 pendant 28 années jusqu'en 2004. Son engagement pendant toutes ses années a participé à l'essor et au rayonnement de l'association bien au delà du département. En 2004, le directeur national de l'ANPAA, avait souhaité être présent à la soirée donnée en son honneur pour le remercier au nom de ses pairs. Ayant participé activement dès le début au projet d'élaboration de la FRAR, il restait attentif ces dernières années à l'évolution de l'addictologie réunionnaise.

Outre ce rôle prépondérant dans le domaine de l'addictologie, il a exercé ses recherches dans le domaine de la conchyliologie (étude des mollusques à coquille).

En tant que naturaliste amateur de haut niveau, il a inventorié des dizaines d'espèces de coquillages des fonds marins de la Réunion et sa collection doit être prochainement léguée au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

Lors d'une rencontre en 2004, à l'occasion de la soirée donnée en son honneur, son épouse Danielle évoquait une de ses caractéristiques : la curiosité d'esprit associée à un talent de collectionneur qui lui ont permis d'être reconnu dans des domaines si divers.

\* NDLR : Le Dr WIND a succédé au Dr JAY en 2004 à la présidence de l'ANPAA-974, ex-CDPAT.



**Michel BOUVERET,**  
**Président de l'association Renaître sans alcool.**

Un des "pères" de la psychiatrie dans l'île nous a quitté dans la plus grande discrétion, ce qui est somme toute le reflet de la vie de cet homme resté toujours très simple. J'ai été choqué que peu de monde lui rende hommage comme il se doit. Il est vrai qu'à la Réunion, nul n'est prophète en son pays et Roland Garros lui même aura dû attendre 2008 pour voir s'ériger une seconde statue en son honneur. La proportion des malades mentaux serait trois fois supérieure à la moyenne nationale, ceci étant une des conséquences directes de l'alcoolisme. Le Dr Jay depuis 1997 dispensait des cours pour

préparer des étudiants à un diplôme universitaire de toxicomanie. Je me souviens en particulier d'un petit film qu'il nous présenta dans un amphi de la fac : on y voyait un chat devenir dépendant de l'alcool ! Le Dr Jay épaula aussi le Dr Guy Letourneur dans la création de la fédération régionale d'addictologie de la Réunion (FRAR), les deux hommes au caractère bien trempé se sont parfois affrontés mais ils étaient animés par le même objectif : le mieux être des malades alcooliques. Mr Thierry Volia, directeur de l'ANPAA974 vous dira aussi que c'est Maurice Jay qui créa en 1964 à la Réunion le premier CHA (centre d'hygiène alimentaire) qui deviendra par la suite l'ANPAA présidée depuis 2004 par le Dr Patricia Wind-Nay et dont l'action rayonne dans tous les collèges

Le docteur Maurice Jay vient de nous quitter dans sa quatre-vingtième troisième année.

Figure ô combien marquante de l'Addictologie à la Réunion. Il fût ancien Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Paul, Chef de service de Psychiatrie, Président pendant plus de vingt ans du Comité Départemental de Prévention et de lutte contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies (CDPAT) qu'il a créé, administrateur de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et des Addictions (ANPAA), membre fondateur de la Fédération Régionale en Addictologie de la Réunion (FRAR), et co-responsable du Diplôme Universitaire d'Alcoologie- Addictologie dès sa création. Il a toujours encouragé toutes les initiatives en matière de prévention et de soins en addictologie. Il a souvent honoré de sa présence le séminaire d'alcoologie du Sud et ceux organisés par la FRAR même s'il était plus fatigué ces dernières années.

Il restera longtemps encore notre soutien spirituel si nous devons nous décourager du fait de l'impéritie de certains de nos décideurs.

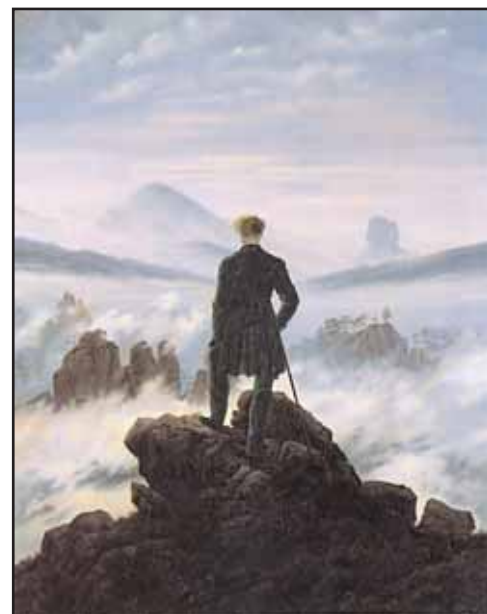
**Dr Jean-Paul AUBIN, Président de la FRAR**



L'ensemble de la rédaction a la tristesse de vous faire part du décès du Docteur Maurice JAY survenu le 10 juin dernier. Neuropsychiatre, il aura marqué la psychiatrie réunionnaise en la faisant naître. Il a contribué d'une manière considérable à l'émergence de la pratique addictologique sur l'île avec la création du CDPAT devenu plus tard ANPA puis actuellement ANPAA974. C'est un homme de sciences, un passionné curieux de tout qui nous a quitté. A côté de son métier, il avait acquis une grande réputation comme spécialiste des coquillages de nos côtes qu'il a répertorié, il était également passionné par l'astronomie.

**Ce numéro du Bulletin Régional lui est dédié.**

La rédaction adresse à son épouse Danielle, à ses enfants ainsi qu'à tous ses proches ses sincères condoléances.



Caspar David Friedrich - Le voyageur

de l'île grâce à une équipe dynamique, rodée et bien soudée. Le Dr Jay n'aura sûrement pas sa statue mais son aura restera gravée dans le marbre de nos mémoires.



**Témoignage de  
Monsieur Thierry VOLIA,  
Directeur de l'ANPAA 974**

Premier psychiatre en poste au CHS de Saint-Paul, connu et reconnu de tous, le Dr Jay laissera son empreinte gravée dans l'histoire de l'île de la Réunion.

Fondateur de l'ANPAA 974 en 1964, Dr Jay a assuré pleinement la mission de Président pendant plus de trente cinq ans. Il a consacré une grande partie de son temps et de son énergie pour le développement de l'alcoologie et de l'addictologie à La Réunion.

Les professionnels qui ont eu l'honneur et le plaisir de travailler à ses côtés gardent de lui le souvenir d'un homme rigoureux mais toujours accessible, sérieux mais toujours disponible et à l'écoute de l'autre.

Sa simplicité, son humilité, sa générosité, son intelligence, sa faculté de ne pas créer de problèmes là où il n'y en avait pas et d'apporter les solutions là où ils existaient réellement, sont les qualités que nous conserve-

rons en mémoire comme exemple. La Commission exécutive de l'ANPAA974, ses 50 salariés et ses adhérents, adressent à la famille du Dr Jay, son épouse et ses enfants leurs sincères condoléances.



Merci Mr le Président pour tout ce que vous avez fait.

Merci Docteur, pour ce que vous étiez.



**L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN ADDICTOLOGIE - Dr Amine BENYAMINA, Psychiatre Addictologue, service d'Addictologie et de Psychiatrie du Pr Reynaud, APHP - Hôpital Paul Brousse.**

Ce texte est le résumé de l'intervention donnée par le Dr Amine Benyamina, lors des Tables Rondes samedi 10 novembre 2007

**1. Origine du concept**

Développé dans les années 1980 par William R. Miller (USA) et Stephen Rollnick (UK), c'est un style relationnel et un état d'esprit.

James Prochaska et Carlo DiClemente, dans le modèle transthéorique du changement, postulent l'existence de 6 stades de changement (figure 1).



William R. Miller



Stephen Rollnick

**2. Emprunts théoriques**

- Modèle transthéorique du changement (Prochaska et DiClemente 1982)
- La théorie de la motivation à

l'autoprotection (Ronald et W. Rogers, 1975)

- La balance décisionnelle (Janis, Mann 1977)
- La théorie de la Réactance psychologique (Brehm 1981)
- La théorie de protection de soi de Bem (Bem 1967)
- La théorie de l'efficacité personnelle (Bandura 1982)

**“ Un style relationnel, une manière d'être, un état d'esprit, une philosophie “**

**3. Définitions**

**- La motivation**

**Etat d'être prêt au changement**, cet état peut varier au cours du temps, ou d'une situation à l'autre.

Probabilité qu'un individu adhère, s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement (Miller et al., 1989).

Ce n'est pas tant ce que la personne dit que ce qu'elle fait qui va prédire le changement.

**- L'entretien motivationnel**

Un style d'intervention brève particulier. Une méthode de communication, directive et centrée sur le patient utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.

**4. Le changement naturel (guérison spontanée)**

La majorité des personnes aux prises avec la consommation ont un comportement problématique réussissent à modifier leur comportement sans aide professionnelle (Sobell et al., 2000)

Les travaux de Prochaska et DiClemente (1982) ont démontré que ces personnes passent à travers une série « naturelle » de stades de changement Moins de 10 % des personnes aux prises avec un problème d'usage de drogues font appel à un centre spécialisé pour modifier leurs habitudes (Narrow, Regier, Rae, Manderscheid & Loke ; 1993)

**5. Les objectifs de l'entre-**



Amine Benyamina et Jean-Paul Aubin lors de la journée du 10/11/2007.

nance à l'intérieur d'une relation thérapeutique, un signal pour changer de stratégie.

**- Catégories des comportements résistants**

Argumenter (ex : remettre en doute ce que dit le thérapeute).  
Interrompre l'interlocuteur.

Nier (ex. trouver des excuses), se croire à l'abri des conséquences négatives

Ignorer (ex : ne pas prêter attention), dévier du sujet.

**- Résistance et motivations aux changements**

Elles sont le produit d'interactions successives entre le patient et son entourage et/ou son thérapeute.

- Le piège questions/réponses, questions fermées
- La confrontation
- L'expertise
- L'étiquette diagnostique
- La focalisation d'emblée sur le problème
- Le piège du jugement

**“ Aider les sujets à se libérer d'une ambivalence qui les entrave dans des comportements répétitifs et cycliques, marqués par le défaitisme ou l'auto-destruction ”.**  
**Miller & Rollnick.**

**9. Comment mener un entretien motivationnel ?**

Utiliser autant que possible des questions ouvertes  
L'écoute en écho : c'est la reformulation du discours du patient  
Inciter les déclarations motivationnelles par des questions ouvertes  
Résumer les différents éléments motivationnels de l'entretien plusieurs fois pendant la séance, à la fin d'une séance et au début de la séance suivante.

**ten motivationnel**

- **L'objectif ultime** : mettre en œuvre et maintenir le changement de comportement

- **Objectifs intermédiaires** : dépend du stade

\* **L'indétermination** (ou *pré-intention*): faire apparaître un doute

\* **L'intention** : explorer l'ambivalence, augmenter la confiance

\* **Préparation** (ou *décision*): proposer un choix de stratégie de changement

\* **L'action** : accompagner le patient dans le processus de changement : ex, le sevrage.

\* **La consolidation** (ou *maintien*): stratégies de prévention de rechutes

\* **La rechute** : dédramatiser et s'engager de nouveau dans le processus.

**6. Résistance**

La résistance au changement n'est pas un trait de caractère. Elle est traditionnellement attribuée au patient. C'est un indicateur de disso-

**7. Les principes des interventions motivationnelles**

- Manifester de l'empathie
- Montrer les contradictions :
- Eviter l'affrontement, ne pas forcer la résistance
- Renforcer le sentiment de liberté de choix
- Eviter la « réactance »
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle

**8. Les pièges motivationnels**

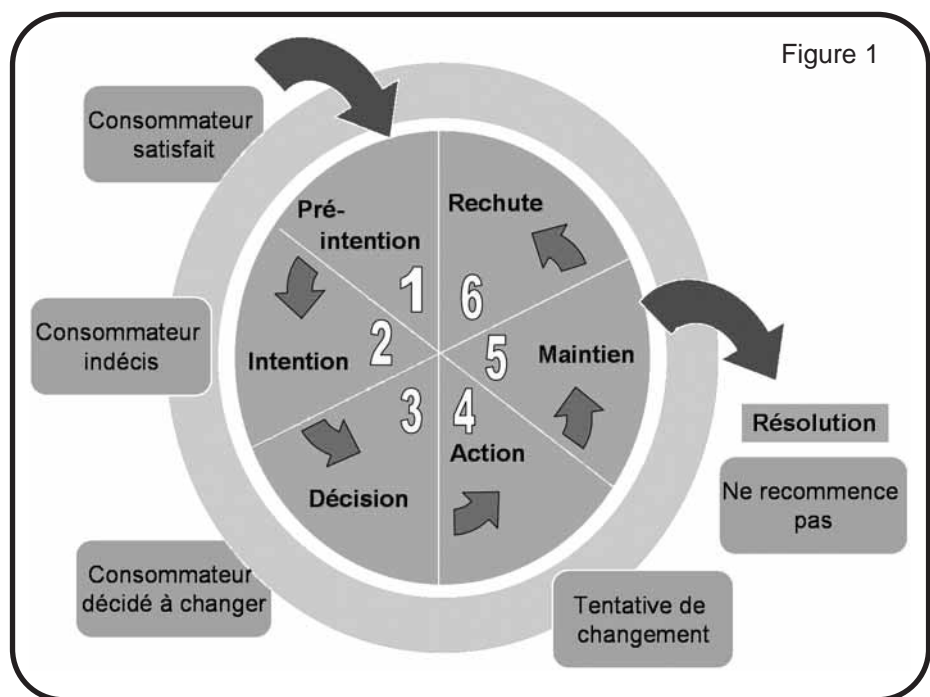


Figure 1

## 10. Les Concepts Clés

- Ambivalence face à la consommation
- Ecoute active avec reformulation
- Reformulation simple
- Reformulation avec précision du sens
- Reformulation avec précision des émotions
- Questions ouvertes

## Conclusion

L'entretien motivationnel est un style relationnel et un état d'esprit centrés sur le patient. Il se caractérise par l'importance de l'empathie et la reconnaissance des résistances. Il respecte le choix du sujet et renforce son efficacité personnelle.

Cette technique d'entretien est validée et reconnue dans les addictions (*For the treatment of patients with substance use disorders, second edition*) *The Am. Journ. of Psych.*, Vol 163, N°8, august 2006



## Les 7 principes directeurs de l'EM

(selon Miller et Rollnick in Lukasiewicz et al).

1. La motivation au changement doit émaner du patient et non être imposée de l'extérieur
2. Il revient au patient, et non au thérapeute, de nommer et résoudre son ambivalence
3. La persuasion directe n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence
4. Le style de l'EM est généralement rassurant et invite à l'exploration
5. Le thérapeute est directif dans l'exploration et la résolution de l'ambivalence
6. La motivation au changement n'est pas un trait de caractère du patient, mais un état qui vacille selon la qualité d'une interaction personnelle
7. La relation thérapeutique se fonde sur un partenariat plutôt que sur l'opposition expert/patient

<b>F</b>	<i>Feedback</i>	Donner de l'information objective
<b>R</b>	<i>Responsability</i>	Responsabiliser
<b>A</b>	<i>Advice</i>	Conseiller : donner son avis
<b>M</b>	<i>Menu</i>	Stratégies : éventail de choix
<b>E</b>	<i>Empathy</i>	Alliance : empathie, compréhension
<b>S</b>	<i>Self-efficacy</i>	Encourager : développer l'efficacité

**FRAMES ou CADRES**  
en français résume les principes propres aux thérapies brèves

Un public attentif et participatif lors de la journée du 10/11/2007.



## Pour en savoir plus : (ndlr)

### Ressources internet

- <http://www.entretienmotivationnel.org>  
<http://www.motivationalinterview.org>

### Bibliographie

Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M, Reynaud M. L'entretien motivationnel. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (2, 3) : 155-162, 231-235 (partie 1 et 2)

Benyamina A. L'entretien motivationnel *in* Reynaud M – Addictions et psychiatrie. Masson (Paris) 2005 ; 239-247.

Raoui H, Reynaud M. Thérapies cognitives et comportementales et Addiction. Flammarion / Médecine Sciences, Paris 2006.

Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Flammarion / Médecine Sciences, Paris 2006.

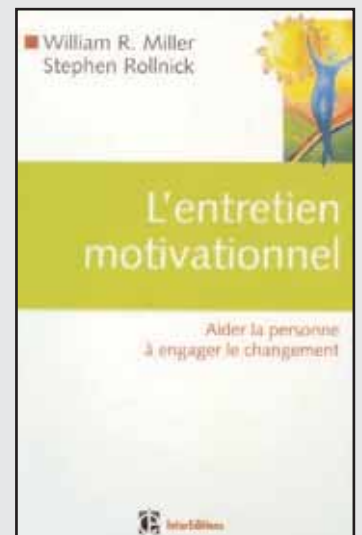
Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing* 2ed, Guilford 2002.

Miller WR, Rollnick. *L'entretien motivationnel*. Interéditions 2006.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C.

(1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.



**Présenté lors des Tables rondes addictologiques du samedi 10 novembre 2007 :**

**La rencontre en addictologie**



## Introduction

Le titre de cet exposé ne cherche pas à être réducteur. Il aurait pu s'intituler la première consultation en addictologie : quels enjeux ? Mais le mot alcool est tellement plus chargé d'affect. Et en effet, un des enjeux de la première consultation, n'est-il pas la préservation d'une qualité relationnelle.

Pourquoi le thème de la rencontre? Parce qu'il est une évidence : tout soin au sens large, médical, psychologique, social commence d'abord par une rencontre entre un être en souffrance et une personne censée pouvoir l'aider. Le comportement addicté avec l'alcool avance masqué. Presque toujours il est blâmé par l'entourage, toujours réprouvé par une société qui le marginalise. Il lui faut sans doute un singulier courage ou d'inconscience pour oser consulter, oser se dévoiler et risquer une rencontre éprouvante. Dans ces conditions pour que le possible c.à.d le soin advienne il est sans doute utile sinon nécessaire pour le soignant d'aller à la rencontre de la personne. L'entretien motivationnel participe de ce mouvement qui se veut facilitateur de la rencontre, première démarche du soin.

## Première consultation

La consultation d'un malade alcoolique est en général considérée comme un exercice à priori plutôt difficile dans lequel le médecin ne se sent pas vraiment à l'aise.

En effet l'alcoolisme n'est pas qu'un simple symptôme car il engage toute la vie du sujet, sa santé physique, psychologique, sa vie sociale relationnelle familiale et professionnelle.

De ce fait découle la complexité des soins tenant nécessairement compte de l'ensemble des difficultés dans une prise en charge qui se doit d'être globale. Cette complexité a pour conséquence la difficulté d'appréciation des résultats qui peuvent paraître décevant si on oublie qu'il s'agit d'une maladie chronique à rechutes.

La consultation médicale, quelle qu'elle soit, est toujours un moment angoissant même si elle se déroule selon un rituel connu des protagonistes. Après avoir accueilli la personne, il s'agit au cours d'un entretien en face à face, de recevoir sa demande, d'identifier le problème posé c.à.d. établir un diagnostic et d'apporter une réponse qui soit soulageante voire même si possible guérison signifiant dans les cas les plus graves écarter le spectre de la mort. On risque le malentendu d'une réponse jugée insatisfaisante face à une demande pas assez explicite. Il s'agit alors de clarifier avant de poursuivre plus avant vers la recherche du diagnostic. Dans

ce processus médical, le patient se plaint parfois de ne pas avoir suffisamment la parole. Il est « objet » de soins « attentifs », bien sûr. Il peut être alors tenté de dire à l'instar d'un enfant cherche et trouve si tu le peux c'est à dire de ne pas s'impliquer, oubliant qu'il est le premier responsable de ses soins.

La rencontre est un savoir être, un savoir écouter, un savoir comprendre...

Derrière cette apparente simplicité - accueil, demande, réponse - tout n'est que piège.

Le premier temps de la rencontre c'est l'accueil de la personne. Victor Hugo disait, concernant son roman « l'homme qui rit », il faut savoir regarder derrière le masque des apparences. La personne qui vient consulter ne vient jamais seule. En effet elle amène avec elle son histoire, sa famille, ses croyances, son vécu...sa solitude et pas seulement un problème avec l'alcool. En face de cela il s'agit d'abord pour l'accueillir, de la recevoir, d'y être prêt c.à.d d'avoir écarté nos propres à priori, de savoir quelle place nous allons lui accorder pendant l'entretien, quelle écoute et quelle compréhension. D'aucuns reconnaîtront la première règle de l'approche centrée sur la personne développée par CR.ROGERS.

Attardons nous sur la question centrale de la demande du patient. Une demande qui s'exprime dans un moment vécu de crise. Avec au préalable derriè-

re elle quelque chose qui la fait naître, qui la motive. Il convient à cet égard d'être attentif à l'existence de pressions extérieures - familiales, professionnelles, médicales, judiciaires - qui témoignent, révèlent ce moment de crise que vit la personne, capable ou non de s'en saisir alors, témoignant d'une demande latente où la crise peut faire naître ou non une prise de conscience (déclat). Une pression qui traduit, ne l'oublions pas, la souffrance ou la difficulté d'être avec le patient de celui qui l'exerce - co-dépendant ou non - et dont il faudra tenir compte sous peine de difficultés à venir dans le déroulement des soins. Une demande qui peut refléter également un besoin authentique de changement, une nécessité d'abandonner un comportement devenu incompréhensible, qui soit une envie d'explorer autre chose de soi. Une demande exprimée d'une façon plus ou moins ambiguë. Il s'agit d'appréhender la qualité de cette demande exprimée dans une démarche qui peut être réfléchie, mûrie ou qui peut être à l'opposé subie, avec une intentionnalité douteuse d'agir. Dès lors il convient de clarifier la demande. Épuisement physique d'un corps qu'il faut restaurer, réhabiliter, épuisement psychique, besoin de changement, nécessité, obligation, recherche d'une compréhension de soi. Appréhender la qualité de la démarche c'est aussi poser la question du maintien du «statu quo» vis à vis de la consommation.

En filigrane se profile la question de l'implication de la personne dans la démarche de demande de soin. Il n'est pas rare que le patient soit accom-

pagné d'une tierce personne, présente nous dit-elle pour l'encourager, pour le surveiller ou pour veiller à ce qu'il dise la vérité. Mais en tout cas elle est bien présente. On ne doit, ni on ne peut ignorer cet accompagnant en souffrance. Tout cela fait partie du processus dynamique de la motivation au changement.

Reconnaître, repérer l'existence d'une pression extérieure est aisé à travers une parole comme celle-ci : « c'est ma femme - mon médecin - ma mère - mon patron - la justice - mon avocat - mon éducateur - qui m'a dit de venir vous voir mais je suis d'accord vous savez ». Il s'agit donc de dégager la parole de la personne qui boit au sens de la laisser s'exprimer et non pas l'expulser pour l'anéantir.



La difficulté de la rencontre avec le malade alcoolique est bien entendue conséquence de ce que JP. Descombey appelle l'hémorragie psychique du MA capable de s'opposer à l'établissement de la relation, jusqu'à y faire obstacle, car capable de faire naître en nous une impression d'étrangeté à l'égard de la personne en face de

soi et de bloquer tout mouvement d'empathie. Cette hémorragie psychique est manifeste au travers du déni cliniquement caractérisé par une apsychognose et ses manifestations de faux semblant, la perte de la notion du temps (achronognosie), l'absence de reconnaissance de la maladie (anosognosie), l'absence d'identification du corps malade (asomatognosie), l'absence de notion de mort, la difficulté de lire ses propres affects (alexithymie).

### La rencontre c'est aussi une rencontre avec soi même

On comprend bien qu'au cours de l'entretien il se produit des interactions plus ou moins conscientes entre l'interviewé et l'intervieweur. Nous réagissons à la personne, à ses propos, à la situation et aussi en fonction de nos attitudes spontanées (ce que nous sommes). Ceci peut générer des freins pour la poursuite de la rencontre. La personne alcoolique avec ce qui semble être son indiscipline, son non respect des thérapeutiques, des rendez-vous, la poursuite de sa consommation malgré l'aggravation de la maladie, risque de susciter en notre for intérieur des impressions négatives (contre attitudes négatives) : rejet, dégoût, haine, ennui, dépression, peur, pouvant se traduire par des interprétations ou des jugements de valeur subjectifs : absence de demande, mauvaise foi, débilité de l'autre, mensonges, mauvaises habitudes, c'est un problème purement social, il est bien libre après tout de... Il est intéressant de constater que ces impressions ne sont pas si éloignées de celles ressenties par les co-dépendants.



Ces impressions pénibles nous devons bien entendu y être attentifs pour qu'elles ne nous débordent pas et que nous les écartions au moins le temps de la rencontre (ce qui est plutôt souhaitable). Il conviendra aussi d'en rechercher la signification.

Plus sournoises sont les impressions plutôt positives telles que : fascination, captation activiste (attitude d'autorité bienveillante), faire (agir) à la place de la personne, focalisation des propos sur le produit alcool...Elles traduisent un désir de maternage, de réparation, de connivence, ou le faire comme si il n'y avait pas de « problème alcool » Ces contre attitudes positives sont plus le fait des entretiens ultérieurs. Mais attention à nos défaillances narcissiques. Ce désir de réparation - désir du thérapeute - que devient-il en cas d'insuffisance ou d'échec du traitement ? Cette connivence avec le malade, négation du drame qu'il vit et n'y voir que plaisir n'est-ce pas le reflet de son propre rapport à l'alcool ?

Attention à nos blessures narcissiques, attention à nos contre-attitudes perceptibles par la personne qui est en face de soi et qui peuvent signifier la fin de l'entretien, comme une fin de non recevoir. L'agir activiste du thérapeute n'est-il pas une façon d'étouffer le non-dit du patient ? Si je donne l'impression de douter, c'est témoigner un manque de confiance qui risque de précipiter le retrait de la personne hors de la rencontre.

Il faut être vigilant vis-à-vis de certains pièges qu'il n'est pas si facile d'éviter :

- Se focaliser sur la demande qui peut être biaisée.
- Se focaliser sur la nécessité du lien à tout prix par une réponse immédiate activiste miroir au tout ou rien du patient.
- Se focaliser sur son propre éprouvé - épreuve de soi - qui peut être paralysant.
- Cette rencontre n'est pas une chaleureuse rencontre avec soi même.
- Se départir de toute attitude d'enquêteur policier
- Ne pas oublier que toute proposition de soins l'est en commun accord avec le patient et non avec un tiers.
- Laisser la place pour que la parole du patient puisse s'exprimer.

### **Conclusion :**

La rencontre en addictologie a ceci de particulier qu'elle trouve souvent son origine dans le malentendu. Comment s'étonner qu'elle soit un moment clé de la relation à venir (avenir) et un moment à haut risque puisqu'elle peut révéler que le plus affecté n'est pas forcément celui que l'on pourrait croire. Il faut un singulier courage pour oser une telle démarche. Savoir être et savoir faire peut nous aider à ce que la rencontre soit autre chose qu'un simple laissez-passer.

### **Quelques références :**

JP. Descombey : précis d'alcoologie clinique ; Ed. Dunod

JP. Descombey : l'homme alcoolique ; Ed. Odile Jacob

CR. Rogers : le développement de la personne ; Ed. Dunod 1968

Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M et al. L'entretien motivationnel. I – Les bases théoriques. Alcoologie et Addictologie 2006 ; 2 (2) 155-162

Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M, Reynaud M. L'entretien motivationnel. II – Les aspects techniques. Alcoologie et Addictologie 2006 ; 2(3) :231-235.



### **Contribuer au BRA**

Vous souhaitez publier un article dans le Bulletin Régional des Addictions ? Le BRA vous ouvre ses colonnes.

Adressez vos textes au Dr David METE, secrétaire de la FRAR, Service d'Addictologie, CHD Félix Guyon, Route de Bellepierre 97405 Saint-Denis Cedex ou par email : [d-mete@chd-fguyon.fr](mailto:d-mete@chd-fguyon.fr)

☎0262 90 56 01-☎0262 90 56 02  
Ils seront soumis au comité de rédaction et publiés dans l'un de nos prochains numéros.

\* L'auteur ouvre cette réflexion dans son ouvrage intitulé « Le temps vécu par le sujet alcoolique a-t-il un sens ? de la clinique à la perspective psychothérapique » paru aux Editions Connaissances et Savoirs (2007). (ndlr : voir BRA n°17 - p.16)

**Singainy Erick Jean-Daniel**  
Psychologue clinicien, service  
d'addictologie du Groupe  
Hospitalier Sud Réunion, BP  
350, 97448 Saint-Pierre  
(Réunion)  
Email : singainy.jean-  
daniel@wanadoo.fr

### Résumé :

A travers sa pratique clinique, l'auteur tente une réflexion sur la rencontre avec le sujet alcoolique.

**Mots clés** : rencontre – pratique clinique - sujet alcoolique

« Permits que je ne perde jamais cette félicité du toucher de l'unique, parmi le jeu de la diversité »

**Rabindranath Tagore**

L'exercice que je tente ici est délicat car parler de sa pratique et de la rencontre avec le sujet alcoolique, c'est d'abord vivre une expérience profondément humaine. Et si donc mon discours fait figure de métaphysique c'est que nous sommes en présence, pour reprendre les mots de Minkowski (1), du « phénomène de la vie » qui là s'impose à nous « impérieusement devant les yeux ». Cette réflexion s'ouvre par la présentation succincte de deux situations de rencontre inscrites dans

l'expérience institutionnelle pour déboucher sur toute une série de questions, sur d'autres « chemins »...

Jean-Marie est un jeune homme âgé de trente deux ans. Son visage (ou son corps) est marqué par la fatigue, l'épuisement. Il est véritablement obsédé par sa « vie d'avant », de cette vie passée quinze ans en Métropole et dont il continue de rêver, faisant de sa vie, une vie de « pause », « immobile », fixée à un passé toujours présent : « J'étais peintre en bâtiment. J'étais apprécié dans mon travail. J'avais un bon métier ». Je l'ai rencontré à de nombreuses reprises. Il éprouvait le besoin de venir me voir mais toujours sous l'emprise de l'alcool et en « décalage » : en avance sur l'horaire ou en retard parfois même de quelques jours. Son absence signifiait à chaque fois, un corps qui ne pouvait plus le soutenir.

L'ai-je senti « présent » à chaque rencontre ? Oui, je le crois mais dans le « je » qui est là, de sorte qu'entre les rencontres, rien ne s'est passé. Le « là » de sa présence exprimait alors la douleur de « n'être plus » comme s'il essayait de me convaincre qu'il n'y a « rien à retenir » de lui : « Je parle tout seul. Je me suis calmé sur l'alcool. Ça ne passe pas. Je ne sais plus quoi faire ! Mon destin c'est d'être alcoolique. Si je n'ai pas ma dose, je ne suis pas bien. De toute façon, pour la famille, c'est moi le plus con. Tout le monde a réussi. Moi, j'ai perdu mon boulot. Je suis venu ici et me voilà. Non... je n'arrive pas à comprendre. Souvent, je pense aux problèmes du passé. Je travaillais à la bourse de Paris. Ma sœur m'a viré. Quand je pense à tout ça, je n'ai plus le courage à rien faire. Je ne suis plus capable de rien faire ! Ça m'énerve ! Pour me calmer, je suis obligé de boire. J'aurai pris un loyer mais je n'en suis plus capable. J'en ai marre de tout ça : Jean-Marie boit, Jean-Marie si, Jean-Marie là. Il n'est plus capable de rien faire ! J'ai honte de moi. J'aurais aimé qu'on

me dise du bien...J'sais pas moi ! Que je suis bien, t'es là. Des fois, ça fait du bien de dégager des trucs. »

Si l'objet alcool le soutient dans sa « parole » et dans sa présence à moi, qu'est-ce qui, en moi, me faisait tenir dans cette rencontre ?...



Joseph Hirsch - Lunch hour

Xavier, la cinquantaine passée, est un homme dont la présence impose : si son physique impressionne (il est grand et bien en chair), c'est surtout son regard aigu sur le monde et sur lui-même qui, à chaque rencontre, me fait l'effet d'une sensation de « vertige ». Je vous livre ici un extrait de son discours, un document rare, exceptionnel par sa profondeur :

« L'alcoolisme est une pathologie existentielle. Elle n'est pas du tout physique ou psychosomatique. C'est réellement une maladie de l'âme. C'est l'âme qui s'exprime. Il y a une exigence, un rapport à la réalité en particulier sur le plan social. Un questionnement. L'alcoolique pose des questions sur le cœur de l'humanité à partir de notre ressenti intellectuel. Un fort désir d'explication. C'est comme une devinette : on a l'explication et après on comprend. Chez l'alcoolique, l'âme est restée intacte. Cette joie au monde qu'ont les enfants, cette non séparation, cette intimité qu'on a enfant avec le monde où tout coule de source... Une intuition artistique. L'enfant comprend le sens de la beauté avant de comprendre la Loi. L'alcoolique recherche le Paradis perdu, l'osmose où tout se tient. C'est pour ça que l'enfant joue avec n'importe quoi. C'est un rapport intime avec la

*vie dans son sens mystique, de mystère, des mystères. Par exemple l'enfant est intimement lié aux énergies. Il sait que maman ou papa est triste. Il n'a pas besoin de parole. Le social ici rabote l'âme. Il n'y a que des copeaux. Être adulte, c'est avoir l'âme rabotée.*

*C'est une évidence. L'alcoolique cherche quelque chose de fort, de puissant, de tellurique, de transcendantal, de nucléaire, un éblouissement, une force cathartique qui le calme jusqu'à la prochaine rencontre initiale. L'alcoolique cherche à l'intérieur de lui une implosion nucléaire qui le calme parce que vivre est TUANT. L'état d'anesthésie dans lequel il est, est une demande qui vient de loin. En fait, oui c'est très proche de la jouissance, dans ce que ça implique dans le corps. L'alcoolique cherche quelque chose de puissant qui le déménage... Et c'est vraiment pas physique. C'est intérieur. Le seul mot qu'on a c'est l'âme pour définir ça. Paradoxalement c'est cette implosion qui le fait participer au monde ! On veut se tellurisme, cette puissance basique, là. Cette sensation de la vie, ce bouleversement. Voilà... On a besoin d'être bien cuit, d'être à point et après, on est apaisé. Je reste persuadé qu'une expérience de transe, une fois par an, c'est bon. Tu as ta dose pour l'année. Même une seule fois ça doit suffire. C'est pas de l'explication du monde. Ce que l'on cherche, c'est une intimité. On veut sentir dans nous ce qu'il y a dehors et inversement. C'est ce que je ressens. Tout cela est dans le domaine du ressenti, des intuitions, des terminaisons nerveuses. Il faut être hors de nous, hors de soi pour rentrer en soi. L'alcoolisme est un ésotérisme et non pas un ex-sotérisme. C'est un voyage à l'intérieur de soi... Un désir d'adéquation avec le cosmos, l'Univers, du sang qui coule dans les veines. Adéquation entre mes intuitions et le mystère. C'est une adéquation qu'on cherche. C'est comme un rendez-vous : vous êtes invité chez quelqu'un. On vous dit où c'est. On vous donne une carte. Vous suivez les consignes qu'on vous a données. Mais vous vous trouvez dans une forêt inconnue, vous ne savez plus où vous êtes : le portable ne marche plus et donc là vous avez tous les sentiments : colère, énervement, frustration. Vous vous en voulez à*

*vous même et au monde entier ! Vous êtes dans une colère terrible ! Moi, c'est la sensation que j'ai. La transe c'est donc un moyen qui facilite les choses des deux côtés. C'est un médiateur avec le mystère . Ça évite l'acidité, l'attaque. La transe c'est un pansement gastrique dans son sens moderne : ça empêche les acides de vous faire mal. C'est un pansement vital.*

*L'alcoolisme, c'est aussi une révolte, un acte révolutionnaire, un refus. Et si on veut aller plus loin, c'est une position philosophique non aboutit. Paradoxalement, l'alcoolique n'est pas un démissionnaire : le spécialiste est un démissionnaire. L'alcoolique est dans une Totalité et non pas dans une spécialité. Ce n'est pas une explication que je cherche mais un accord avec le monde, une harmonie, une partition sans fausses notes. Il me faut ce quelque chose mais qui a disparu socialement parlant ».*

### **L'enjeu de la rencontre**

La relation ou le contact personnel que nous puissions établir avec le sujet-souffrant « tombé » pour ainsi dire entre nos mains, s'inscrit de la façon la plus évidente dans la rencontre. Dans l'expérience de la rencontre interpersonnelle avec le sujet-souffrant, nous nous trouvons en présence d'un Autre (l'altérité), avec le plus intime d'un Autre pour lequel nous n'hésitons pas à percer jusqu'aux possibilités de ce qui est à comprendre (2) en lui (au risque de s'y perdre car l'autre est là par son étrangeté, son opacité, son ab-sens). Ce mode de relation implique une relation singulière, une co-présence vécue authentiquement dans laquelle soignant-soigné se trouvent aussi engagés en tant que personnes dans un espace défini ayant une valeur thérapeutique. Dans ce lieu de face à face, du visage et du langage, le soignant ou le thérapeute doit ainsi montrer de soi, se livrer au regard de l'autre.

### **La rencontre avec le sujet alcoolique**

Aller au devant d'un Autre *mais tel*

*qu'il se donne* (et non pas tel que nous voudrions qu'il soit). Il s'agit de s'éveiller à autrui, de donner une "priorité" à l'Autre. Dans la rencontre avec le sujet alcoolique, cet éveil nous conduit sur un chemin qui nous fait sentir (ou pressentir) la complexité de la situation dans laquelle nous nous trouvons : en effet, si le sujet alcoolique ne s'offre à nous que dans la répétition, dans ce moment en « instance » où l'évidence (le « cela-va-de-soi ») n'est qu'apparence, comment alors nous situer en un point de rencontre ? Ne nous faut-il pas apprendre à séjourner dans cette "réalité" quasiment inaudible (pour certains) voire "insupportable" (pour d'autres) si nous voulons comprendre le déploiement de l'être alcoolique dans sa parole et dans son rapport au monde, à moi et à autrui ? Ce mouvement n'est possible (à mon sens) qu'au prix d'une certaine forme de présence du thérapeute ou du soignant : il s'agit d'être-là dans ce moment où l'on peut saisir non pas un "évènement parmi d'autres" mais la nature des choses et de nous-mêmes. Cette rencontre impose la possibilité d'un recul, d'une distance et donc l'expérience vécue d'horizons autres pour sortir de soi et se tenir dans cet instant, dans ce moment de l'intuition, du "donné" : moment de l'attente d'une rencontre non pas attendue (c'est-à-dire « programmée » d'avance) mais en « possibilité ouverte », celle d'une présence véritable de soi à soi auprès de l'autre.

Ce moment fait inévitablement appel c'est-à-dire « irruption » et donc sens : l'un (le malade) crie sa douleur de ne pas être lui-même et l'autre (le thérapeute) est mis en demeure d'y répondre. Il est par conséquent le lieu d'une responsabilité (l'autre me rappelle à mes obligations et interpelle ma compétence) mais aussi d'une étrange expérience qui nous oblige à s'incliner devant

des "règles" qui ne sont pas d'ordre logique : n'avons-nous pas cette impression désagréable d'être en face d'un être qui « résiste à moi » (à mon « égoïsme mental » (3), à ma « rage de vouloir conclure » (4), à mon « pouvoir-agir ») et d'être confronté à nos propres limites ? Ainsi, si nous voulons saisir son « monde privé », ne faut-il pas être toujours « ailleurs qu'en lui-même » ? Disant cela, nous semblons nous débattre dans le vide. Mais si nous sommes condamnés à faire l'expérience de la rencontre et de la souffrance, comment au moins créer les conditions d'une possibilité de rencontre ou pour le dire autrement, comment rencontrer le sujet alcoolique sans le « fixer » ? **Cette question exige une réponse concrète sur le « qui nous sommes » dans cette rencontre.**

#### « Questionner encore »

La rencontre avec le sujet alcoolique nous fait entrer dans un mouvement complexe qui, au fond, « contraint la pensée à se surpasser » (5), à se raviver et à se renouveler sans relâche. Elle ne va pas sans une forme d'angoisse car elle implique du côté du thérapeute (ou du soignant) une mise à découvert autrement dit sa

capacité à se mettre en question lui-même, à s'interroger sur son désir profond d'offrir au sujet alcoolique un autre chemin. Ce mouvement demande une compréhension « spirituelle » (la plus haute) de l'autre. Mais pour y pénétrer, pour accéder à son altérité, il nous faut ce « quelque chose » que les cliniciens, les poètes ou encore les philosophes pour ne parler que ceux là définissent avec ces mots suivants : « empathie, intuition, présence... ». Ce lieu de rencontre avec le sujet alcoolique est aussi le lieu où l'un et l'autre peuvent, du moins s'ils le souhaitent, se débarrasser de leurs « ombres » (de leurs certitudes, de leurs doutes, de leurs insuffisances, etc.) et accéder au « voyage d'existence ». Un voyage où – en définitive, « **chacun de nous appareille vers lui-même, et fait escale chez les autres** » (6) .

#### RÉFÉRENCES

- (1) Minkowski. E. « Approches phénoménologiques de l'existence (vues par un Psychopathe) ». Conférence faite le 10 septembre 1961 à New-York, sous les auspices de l'American Ontoanalytic Association. Évolution psychiatrique, tome

- XXVII, fascicule 4, 1962 : 443.
- (2) Maldiney. H. Regard, parole, espace. Lausanne : Éditions L'Âge d'Homme, 1994 : 91.
- (3) L'expression est de Gusdorf. Gusdorf. G. « Réflexions sur l'interdisciplinarité ». Bulletin de psychologie, 1989, 397 XLIII : 872.
- (4) L'expression est de Flaubert, in Binswanger. L. Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours, et freud. Editions Gallimard, 1970. Préface de Pierre Fédida : 53 (cité par).
- (5) Pour paraphraser Tobie Nathan. Nathan. T. Psychanalyse païenne. Editions Odile Jacob, 1995 : 18.
- (6) Pessoa. F. Le livre de l'intranquillité. Christian Bourgeois Éditeur, 1988 : 142.



Maurits Cornelis ESCHER - Trait d'union

#### Adhérer à la FRAR

Rien de plus simple, il vous suffit de nous faire parvenir vos coordonnées accompagnées d'un chèque de 10 euros.

Avec l'adhésion à la FRAR, c'est la possibilité d'être informé dans le domaine des addictions à la Réunion en recevant ce bulletin par voie postale, de profiter de formations régulières et de qualité, d'échanger et de contribuer au débat.

FRAR, 2 lotissement des oliviers  
97435 Saint Gilles les hauts  
tél. 02 62 55 84 10  
frar@frar.asso.fr

#### Note importante

Les propos et les opinions tenus dans les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs, ils ne reflètent pas l'opinion ou une position officielle de la FRAR et ne sauraient engager sa responsabilité.

Dans le langage courant, le terme de « gymnastique » est utilisé dans un sens global, renvoyant à des activités diverses.

Dans son acception officielle, on parle plutôt de « *gymnastique sportive* », discipline codifiée fédérale comprenant les agrès et le sol (barres parallèles et transversales, cheval d'arçon, trampoline, poutre, gymnastique au sol, G.R.S, etc.).

Par ailleurs, on parle souvent à tort de « *cours de gym* », s'agissant de séances d'Education Physique et Sportive en milieu scolaire.

De même, on va « *faire de la gym* », en évoquant une pratique de musculation/remise en forme/renforcement musculaire, en salle de musculation.

D'une manière générale, ce terme renvoie à une certaine dynamique corporelle incluant parfois une idée de contrainte imposée.

Ainsi, la gymnastique est souvent associée à des notions d'effort, de contraintes, voire de douleur: « *se faire violence* », « *souffrir pour y arriver* », « *se forcer à ...* », « *s'imposer une activité* »...sont des expressions fréquemment employées dans le monde sportif, dans lequel efficacité et résultat sont trop souvent synonymes de souffrance.

Il s'agit en effet, dans de nombreux cas, de soumettre son corps à des exigences, dictées par des motifs divers : perdre du poids, se défouler, extérioriser de l'agressivité ou un trop-plein d'énergie, prendre de la masse musculaire, travailler l'endurance, la force, la souplesse...

Les termes utilisés ici sont révélateurs: on parle de « *travail* », on évoque une volonté de modifier un corps parfois mal accepté et, dans ce contexte, la notion de plaisir est rarement mentionnée.

Or, lors des séances de gymnastique douce pratiquées auprès de patients en service d'alcoologie, les objectifs se veulent fondamentalement différents.

### **OBJECTIFS THERAPEUTIQUES**

Les séances consistent principalement en l'apprentissage d'exercices d'étirements passifs, classiquement

utilisés pour la recherche d'assouplissement. Toutefois, ces séances n'ont pas pour objectif majeur le gain d'am-



*Sylvie Soukovatoff - Gymnastique*

plitude musculaire et articulaire.

A travers de tels exercices, les séances s'attachent à privilégier les aspects suivants :

- La recherche de sensations internes de détente, de plaisir et de relâchement : le corps du patient alcoolique a vraisemblablement subi un certain nombre de maltraitements, de dégradations, et les seules sensations corporelles éprouvées par le patient alcoolique chronique sont souvent reliées à la douleur et à la souffrance.
- Le « lâcher prise » physique et mental: cela permet, par le biais de mouvements réalisés dans la lenteur et la progression, de relâcher certaines tensions musculaires et nerveuses, et d'être, pendant la durée du mouvement, dans une phase de « non contrôle conscient » ; on laisse en effet les différents groupes musculaires sollicités se détendre, s'étirer progressivement, sans chercher à contrôler par des contractions musculaires.
- La concentration : se focaliser sur des sensations profondes ainsi que sur sa respiration peut permettre d'accéder à un état de relaxation important.
- La redécouverte de son corps et de ses propres possibilités corporelles: des sensations oubliées, mal connues, méconnues, ainsi que des possibilités motrices nouvelles peuvent émerger de ces séances de gymnastique douce.
- L'acceptation de soi : cela signifie s'accepter tel que l'on est, sans chercher à accomplir une performance, ni à ressembler à des

modèles artificiels, subjectifs.

En effet, l'objectif n'est pas de réaliser tel ou tel mouvement, ni de comparer son potentiel de souplesse avec autrui ; il n'existe pas, dans le cadre de ces séances, de critères de réussite mesurables en termes de performance : les mouvements proposés ont principalement pour objectif de permettre la recherche de sensations internes musculaires agréables et relaxantes.

- La recherche d'autonomie, par la compréhension des principes de base anatomophysiologiques, permettant une pratique ultérieure autonome.

- Apprendre à préserver son corps, notamment par la protection de sa colonne vertébrale, à travers des apports de base en ergonomie : placement du dos lors de mouvements de flexion/extension, de port de charge, de passage de la position couchée et assise à debout, etc.

Les apports théoriques comprennent des notions de base sur les pathologies discales (mécanisme de pincement et d'hernie discales), et les conséquences pratiques sont abordées succinctement.

- Enfin, il me semble important, par cette pratique douce, de réapprendre à considérer son propre corps. Il s'agit de prendre soin de son enveloppe corporelle, en lui accordant le temps nécessaire à sa détente et son bien-être.

Si les notions de souffrance et de douleur sont exclues de cette pratique, la rigueur et une certaine discipline sont toutefois préconisées : consacrer ce temps pour soi suppose concentration, patience, assiduité et investissement régulier.

Les notions de respect de soi et de soin prennent tout leur sens en établissement de santé en addictologie, où les patients ont bien souvent mis à mal le respect de leur intégrité physique.

### **CONTENU DES SEANCES ET PRINCIPES DE BASE**

Il s'agit de mouvements d'étirements passifs, réalisés au sol, sur tapis. Les étirements dits « passifs »

regroupent tous types de positions et mouvements permettant l'étirement d'un muscle ou d'un groupe musculaire par le seul biais de la pesanteur : aucune autre force extérieure n'intervient (pression musculaire des antagonistes exercée par soi-même, ou force musculaire exercée par autrui) pour favoriser l'étirement, à l'inverse du « stretching » ou étirements actifs. Ainsi, le pratiquant se trouve dans un état de relâchement musculaire global, propice à la détente mentale.

D'autre part, d'un point de vue psychomoteur, les positions ne comportent pas de difficultés de réalisation majeure.

Il existe cependant quelques principes fondamentaux à respecter, pour une efficacité et une sécurité optimum :

- **L'absence de douleur.** Il est primordial que les pratiquants réalisent les exercices sans ressentir de douleur. Cette consigne est essentielle à respecter. En effet, la sensation recherchée est l'étirement musculaire sans atteindre la phase algique. Il doit s'agir d'une sensation agréable et confortable, respectant en outre l'intégrité des tissus musculaires et ligamentaires. Concernant des pratiquants en cure de sevrage alcoolique, il est intéressant de constater que la frontière entre la sensation agréable et la douleur est parfois très fine : l'alcoolisation chronique induit une anesthésie globale des sensations, et le patient a souvent besoin de se faire mal pour ressentir quelque

chose. La recherche de sensation plus fine demande alors une concentration accrue, donc nécessite une durée de pratique plus importante.

- **La notion de durée** est pour cette raison un autre principe de base des étirements.

Autre raison à mentionner, d'ordre neurophysiologique : lorsque le muscle est étiré (volontairement ou non), la réponse réflexe à cet étirement est la contraction non volontaire des fibres musculaires correspondantes : il s'agit d'un ordre de contraction réflexe passant par la moelle épinière, garantissant la bonne intégrité du muscle, évitant par là-même sa déchirure lors d'un étirement trop important. Ce réflexe, dit « *réflexe myotatique* » est inhibé à partir d'environ trente secondes d'étirement continu modéré. Ce délai passé, le muscle peut de nouveau être sollicité dans son étirement, et gagner en élasticité, jusqu'à la phase suivante : recontraction réflexe pendant environ trente secondes, puis inhibition/relâchement, etc. Ces stades se succèdent ainsi, jusqu'à un seuil limite, et il est intéressant de pouvoir faire durer chaque exercice pendant un temps suffisamment long (deux à quatre minutes) pour ressentir une évolution. Cela nécessite donc de réaliser chaque exercice selon une progression lente.

- **La notion de progressivité** se conçoit donc aisément : le pratiquant proscrit les mouvements par « à-coups », et privilégiera les

mouvements lents et progressifs, en restant à l'écoute des sensations fines qu'il pourra peu à peu intégrer. Il est intéressant de noter que cet état de relaxation musculaire et mentale est fortement accru par une respiration adéquate.

- **La respiration.** Une respiration consciente, avec une expiration lente et profonde au cours de l'exercice, est un facteur favorisant la détente musculaire, et permet au patient d'intérioriser ses pensées sur ce seul aspect.

Cette pratique rejoint en cela certaines techniques traditionnelles de méditation et/ou de yoga.

Cependant, même si ces séances de gymnastique douce peuvent comporter certains aspects de ressemblance avec ces disciplines orientales traditionnelles, il ne s'agit pas de yoga proprement dit, ni de sophrologie, ni encore de méditation, et se donnent pour objectif principal de permettre une recherche de sensations corporelles internes.



### Progresser dans la lutte contre le Tabagisme à la Réunion

Il existe à la Réunion une multitude de points de vente de tabac. Rappelons qu'à ce sujet la législation est très stricte en métropole : nombre limité des débits de tabac et contrôle par l'administration des douanes. Le morcellement des points de vente facilite d'autant l'accès au tabac et rend difficile les contrôles. Et pourtant le tabac n'est pas un produit comme les autres : c'est la drogue la plus meurtrière à la Réunion comme ailleurs loin devant les autres ! L'interdiction de la vente du tabac aux moins de 16 ans (d'ailleurs la

majorité légale n'est-elle pas de 18 ans dans notre pays ?) est fréquemment non respectée. Les détaillants de tabac ne demandant pour ainsi dire jamais de pièce d'identité aux sujets jeunes. A l'heure où on annonce l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, *quid* de celle du tabac ?

Nombre de ces points de vente pratiquent également la vente à l'unité, ce qui est là aussi une pratique pourtant formellement interdite. Le dernier rapport de l'observatoire régional de la santé montre pourtant que la mortalité liée au tabagisme à la Réunion est nettement supérieure à la moyenne nationale. Nous savons heureuse-

ment que la Sénatrice Anne-Marie Payet travaille à faire admettre la nécessité de corriger certaines incohérences de la législation et nous l'en remercions (voir article en p.16).

Dr David METE,  
Service d'Addictologie, CHR, Site Félix Guyon.



La Mission Inter-Ministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT\*) vient de présenter son nouveau plan quadriennal pour la période 2008-2011. Son président le magistrat Etienne Apaïre, spécialiste de la lutte contre les stupéfiants et ancien membre du ministère de l'intérieur, a retenu 3 axes principaux :

- prévenir les premières consommations chez les jeunes ;
- lutter contre l'offre ;
- diversifier les prises en charge.

Lors de la journée de l'Albatros le 6 juin dernier, le Pr Michel Reynaud avait publiquement exprimé à Monsieur Apaïre sa déception que les addictologues n'aient pas été associés à l'élaboration de ce plan. Dans son communiqué au titre de président de la FFA\*\*, il s'étonne également de l'absence de mesure concernant le tabagisme ainsi que du budget trop modeste pour assurer l'application des 193 mesures annoncées sur l'ensemble du territoire.

\* MILDT : <http://www.drogues.gouv.fr>

\*\* FFA : <http://www.addictologie.org>

La cigarette électronique ou pour faire plus branché **e-cigarettes** : vous en avez sans doute entendu parler. Elle est en passe de devenir l'un des nouveaux gadgets à la mode. Le principe est le suivant : le bout s'allume grâce à une LED, la fumée générée est de la vapeur d'eau et peut être associée à de la nicotine et des agents de saveur. Pour l'instant deux problèmes se posent : il n'est pas possible d'affirmer l'innocuité du mélange et aucune étude ne prouve que cela présente un intérêt dans le sevrage tabagique. L'AFSSAPS\* invite donc à la plus grande vigilance



quant à son utilisation. Argument non

**MILDT**  
[www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)  
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

négligeable : un kit (une cigarette, sa batterie et quelques recharges) est quand même commercialisé autour de 100 €

\* <http://afssaps.sante.fr>



L'intérêt du **topiramate** dans le traitement de la dépendance à l'alcool est une nouvelle fois confirmé dans une large étude multi-centrique\* : à quand l'AMM en France ?

\* Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA et al. Improvement of physical health and quality of life of alcohol-dependent individuals with topiramate treatment: US multisite randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2008 Jun 9;168(11):1188-99.



Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, a confirmé le projet d'**interdiction de vente de l'alcool aux mineurs** à partir de 2009. Une autre incohérence de taille va être réglée avec l'interdiction de la vente d'alcool dans les stations : *faire le plein à la station service et en ressortir "plein" sera désormais impossible !*



Le phénomène **Red Bull** arrive en France en V.O à la suite de l'intervention de Madame Christine Lagarde, ministre de l'économie, et cela malgré les multiples avis négatifs rendus par l'AFSSA. La France a donc choisi de céder devant la plainte déposée par le fabricant autrichien qui réclamait pas moins de 300 millions d'euros de dommages et

intérêts.

La polémique autour de cette sulfu-



reuse boisson représente pour la marque sans doute la meilleure des publicités. Le coup de marketing repose sur une appellation mensongère malheureusement non encadrée par la loi : celle de boisson "énergisante", alors que ces boissons ne le sont nullement contrairement aux boissons *énergétiques* (type Isostar, Gatorade). Ne parlons pas du logo de la marque : deux taureaux entraînés de s'affronter : on est finalement peut-être pas si loin des testicules de taureaux qui étaient consommés par les athlètes dans l'antiquité ! Sur le plan gustatif, il s'agit d'un vulgaire et mauvais soda tout ce qu'il y a de plus chimique.

Car l'intérêt réel est ailleurs : enrichi en caféine et en taurine, il s'agit d'un cocktail de psychostimulants : **un produit dopant**. L'objectif est de donner l'illusion qu'une à deux cannettes permettraient de mieux tenir l'alcool ou de résister à une nuit blanche et par exemple de pouvoir prendre ensuite le volant ! Un certain nombre d'arrêts cardiaques ont été signalés dans des cas d'abus. L'association à l'alcool (surtout pratiquée avec de la vodka) est un classique des soirées en bar ou en boîte de nuit et s'avère détonnant en termes d'excitation et de désinhibition.

Malgré d'importantes réserves, le principe de précaution ne peut ici s'appliquer en vertu des lois européennes sur le commerce !

<http://www.afssa.fr/>



Ce nouveau cas d'overdose mortelle survenue dans le sud du département pose d'inquiétantes questions sur la circulation en quantités non négligeables d'héroïne. Les prises d'opiacés majeurs chez des sujets naïfs de toute consommation sont particulièrement dangereuses. Il est utile de rappeler que le dernier rapport TREND\* fait état d'un retour de l'héroïne en France.

\*<http://www.ofdt.fr>

## Une sénatrice au chevet des toxicomanes par Michel BOUVERET, Association ReSA

Dernièrement, nos élus de droite comme de gauche dans un élan d'unanimité ont volé au secours de notre miss France et en ont profité pour faire avaler son chapeau à la Présidente du comité, vu ses propos frisant le racisme. Cette solidarité, on peut l'applaudir des deux mains. Ici à la Réunion un autre fléau fait beaucoup plus de dégâts, à savoir la toxicomanie. Depuis vingt ans dans le monde des associations néphalistes nous avons le mérite de n'avoir jamais baissé les bras mais jusqu'alors nous n'avions guère été relayés par nos responsables politiques : c'est vrai que faire pression sur les consommateurs ou taxer les drogues, cela ne va pas apporter des voix !

Anne-Marie Payet fut nommée sénatrice et nombre de nos journalistes se gaussèrent que la trieuse de lentilles de Cilaos venait nicher à la place d'un autre. Mais la petite dame toujours en arrière plan sur les photos des médias a montré rapidement toute sa détermination face à l'alcoolisme.



Sensible à la fragilité des femmes, notre sénatrice a abordé de face un sujet encore tabou : les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse, problème sur lequel l'association « Réunionisaf » avait déjà donné un éclairage très fort sur le plan local.

Anne-Marie Payet a soulevé la question au Sénat sur le plan national ; elle s'est attaquée aussi au fléau tabac, un chantier qui vient heureusement d'être pris en mains par le gouvernement. Les cigarettiers, les alcooliers vont-ils descendre dans la rue comme le disait un haut responsable de la région lorsque le prix des cigarettes avait flambé ! Certainement pas car pour eux l'avenir s'annonce radieux quand on sait que 400 millions de bouteilles de champagne ont été écoulées en 2007 ! Les Japonais se baignent dans le Beaujolais nouveau et la Chine, pays émergent, a vu sa consommation de champagne augmenter de 30 % !

## Hallucinogènes

Il n'existe pas à la Réunion d'usage traditionnel des hallucinogènes. Ces pratiques sont par contre très présentes en Amérique centrale avec le cactus peyotl, les champignons hallucinogènes (psilocybes) et l'Ayahuasca pour ne citer que les principaux. En effet, 90 % des hallucinogènes naturels se trouve dans le nouveau monde. En Afrique, en dehors des rites initiatiques avec la racine d'iboga principalement au Gabon, ces usages ne sont pas répandus, ils trouvent leur pendant dans la transe collective et les phénomènes de possession qui prévalent.

A la Réunion plusieurs plantes ont des propriétés hallucinogènes : certaines bien connues comme les daturas (inoxia, metel et suaveolens), certaines un peu moins comme les psilocybes retrouvés dans les prairies d'élevage des hauts de l'île et *argyria nervosa* (illustration ci-contre) encore appelée liane d'argent ou rose des bois qui abonde dans les jardins comme liane décorative. D'autres plantes carrément ignorées comme les ipomées et sans doute quelques autres encore.

A l'heure d'Internet, il faut savoir que les ados en mal d'expériences ont l'embarras du choix en matière d'information, parfois franchement parcellaire ou déformée.

A défaut de vouloir censurer ou limiter l'accès à ces sites comme le suggèrent les auteurs saint-pierrois de la référence ci-dessous\*, car cela est illusoire à l'ère numérique, il me paraît important que les intervenants en addictologie soient avant tout bien informés afin de prévenir. De nombreux sites, dont certains basés à la Réunion, proposent la vente de graines que ces ados peuvent là aussi être tentés d'essayer. Il ne faut pas oublier qu'avec les plantes en question les intoxications sont fréquentes et parfois graves : en particulier des syndromes anticholinergiques. Notre époque *bio* rend ces produits *naturels* attractifs sous prétexte d'une supposée innocuité par opposition au chimique et à l'industriel *forcément* plus nocifs.

Du côté des hallucinogènes de synthèse, il faut signaler la présence du LSD, essentiellement en milieu festif généralement là où il y a de l'ecstasy.

Dr David METE, Secrétaire, CHR, Site Félix Guyon.

\* Flodrops H et coll. Intoxication volontaire par l'amide acide D-lysergique (LSA) chez une adolescente de 15 ans via Internet : nouveau fait de société. Lettre à la rédaction, Archives de pédiatrie 2006; 13: 1158-1159.

Une publication réalisée grâce au soutien des organismes suivants



DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES  
SANITAIRES ET SOCIALES DE LA RÉUNION

## Coordonnées utiles : Associations d'aide

### Alcooliques Anonymes - AL ANON

☎0262 41 16 14 (répondeur téléphonique)

### Amitié - Sobriété :

☎0692 77 41 68 - 0692 60 62 16 - 0692 20 54 96 - Région Nord

**Ancre** : ☎0262 59 19 93 - 123, chemin Isautier - Région Sud  
97430 Le Tampon

**ARLPenD** (Association de Réinsertion et de Lutte pour Personnes en Difficultés): Région Nord : ☎0262 53 58 99

**Bord la Mandoz** : ☎0262 32 54 22 ou 0262 55 74 79 -  
Rencontres tous les jeudis soir au Case du Guillaume à 18 h 30

**Les Maillons de l'Espoir** : ☎0692 69 29 89 ou 0692 909650  
Saint-Denis (Les Camélias)

**ReSA : Renaître Sans Alcool** : ☎0262 53 86 27 ou 0692 69 61  
91 - 79, Rue Nono Robert - Grande Montée. 97438 Sainte-Marie

**Tchao La Rak** : ☎0262 42 96 97 : La Possession - Le Port 24,  
rue Louise Michel - Rivière des Galets

### Réseau Prévention du Syndrome d'alcoolisme foetal :

☎0262 22 10 04 - Région Sud : 9, rue Victor Hugo 97450 Saint-Louis