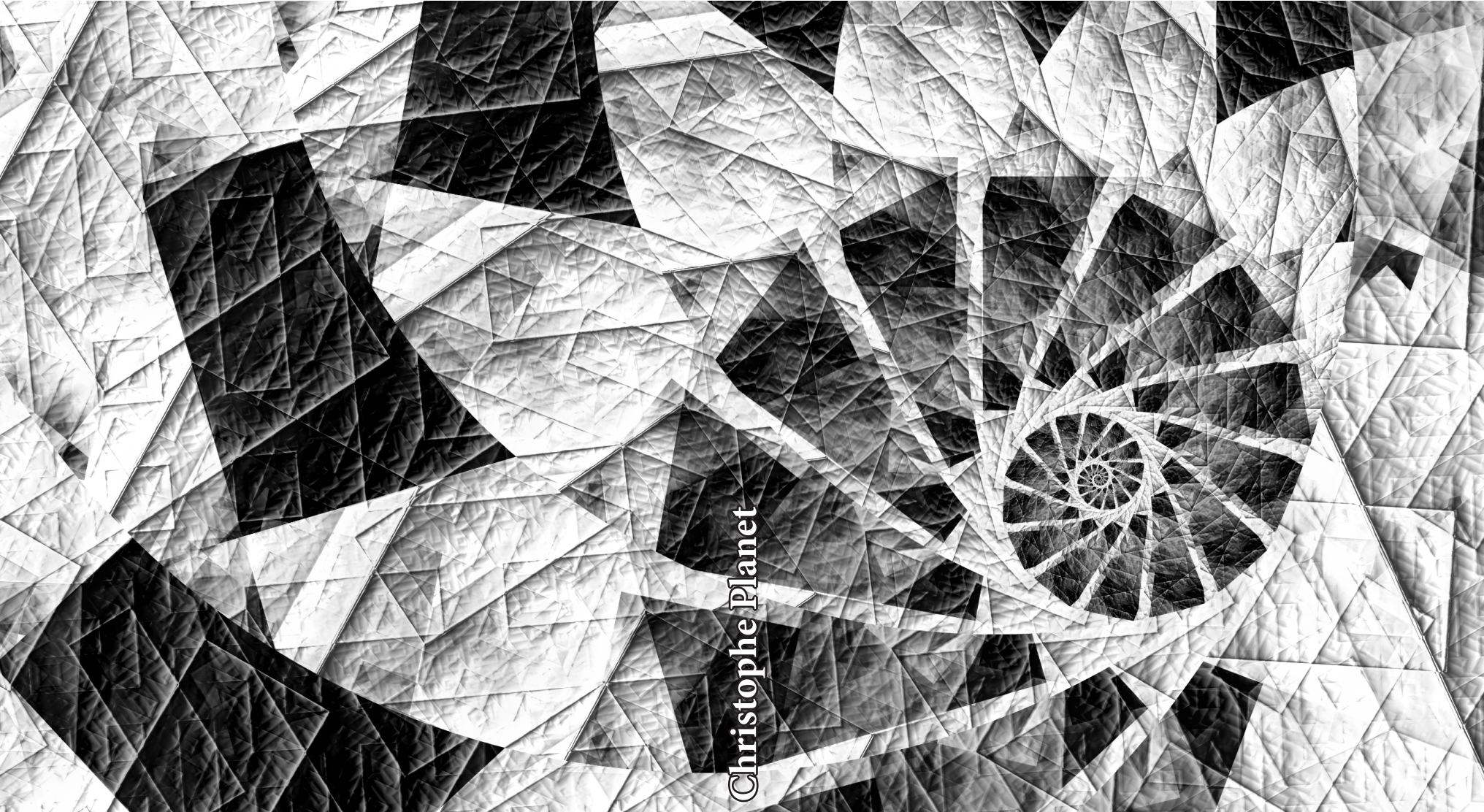


Mémoire(s)

# Mémoire(s)



Christophe Planet

Christophe Planet

**De patient à pair-aidant au  
sein du même établissement :  
le rétablissement au cœur de  
la pratique de soins**

---

**Christophe Planet**

Illustration de couverture : « Ice path »

Tous droits réservés  
Première édition  
Imprimé en août 2021

# Remerciements

---

Je tiens à remercier le Professeur Nicolas Franck pour avoir ouvert à Lyon le premier Diplôme universitaire de Pair-aidance en santé mentale. Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique et tout particulièrement le Docteur Mélanie Trichanh. Cette formation est une preuve de la reconnaissance du métier de pair-aidant dans le milieu de la santé ; le chemin sera peut-être encore long et difficile, mais la voie commence à se tracer.

Je tiens également à remercier l'ensemble des acteurs du Centre de Psychothérapie d'Osny<sup>1</sup>, qui m'ont accueilli avec une bienveillance incroyable à l'occasion de mon stage : médecins, infirmières, aides-soignantes, psychologues, thérapeutes, équipe administrative, équipe logistique... Toutes et tous m'ont immédiatement intégré aux équipes et m'ont fait me sentir à ma place. Je souhaite tout particulièrement remercier Adiba, Alexandra et Delphine.

---

1. Voir les annexes

Je ne veux pas non plus oublier les patients, qui ont immédiatement répondu de façon très positive lors de nos discussions. Merci à eux d'avoir fait preuve d'autant d'ouverture d'esprit et de confiance.

Je veux surtout remercier le Docteur Jérôme Petitdidier, qui m'a accueilli à bras ouverts au CPO. Je l'ai connu lorsque j'étais patient et nous ne nous sommes jamais perdus de vue depuis. Désormais, je suis traité comme un membre de l'équipe à part entière, et ce processus s'est déroulé d'une façon incroyablement fluide, grâce à lui.

J'éprouve une immense gratitude à l'égard de toutes ces personnes, qui m'ont toujours prouvé que la pair-aidance était l'une des clés indispensables au processus de rétablissement des patients.

# Sommaire

---

- Introduction
- Le modèle Minnesota de rétablissement
  - Le rôle du groupe et l'identification aux pairs
  - Le rétablissement comme cadre de vie
  - L'importance de l'inclusion des nouveaux
- Le rôle du pair-aidant
  - Les premiers jours d'hospitalisation
  - Le partage des savoirs
  - La libération de la parole
- Un même lieu, deux rôles différents
  - L'accueil par les soignants
  - Le regard des patients
  - Le positionnement : de soigné... à soignant
- Conclusion



# Introduction

---

*Dans l'ensemble de ce document, le terme de « dépendance » est à comprendre au sens d'addiction. En outre, même s'il est régulièrement fait référence à l'addiction à un produit (alcool, drogue, médicaments...), l'addiction peut également s'entendre comme une addiction à un comportement (jeu, sexe...).*

Je suis malade alcoolique depuis 30 ans, et même si je suis abstinente depuis plus de sept ans, je resterai malade alcoolique toute ma vie : pour moi, il n'y a pas de guérison possible. Par contre, je suis rétablie, et le processus de rétablissement que j'ai entamé en 2014 se poursuit jour après jour et gagne en solidité à mesure que je progresse sur ce chemin.

Mon rétablissement a réellement débuté au Centre de Psychothérapie d'Osny (CPO)<sup>2</sup>, qui a mis en place depuis toujours un programme de soins basé sur le modèle Minnesota<sup>3</sup>, décrit notamment par les Alcooliques Anonymes

---

2. <http://www.centre-psychotherapie-osny.com/>

3. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Modèle\\_Minnesota](https://fr.wikipedia.org/wiki/Modèle_Minnesota)

(AA)<sup>4</sup> et les Narcotiques Anonymes (NA). Il s'agit d'un programme en douze étapes permettant au malade addict de trouver le chemin du rétablissement et de vivre pleinement heureux tout en maintenant son abstinence. Le programme ne se limite pas aux addictions aux produits (alcool, drogues, médicaments...) mais s'étend également aux comportements (jeux, sexe...). Il ne s'agit pas non plus uniquement d'un programme permettant de s'abstenir de consommer, mais plutôt d'un programme de rétablissement au sens large, presque un « guide » de vie.

Je suis malade alcoolique mais ce n'est pas ce qualificatif qui me définit. Je ne peux pas être résumé à cette maladie. D'abord parce que j'ai été également atteint d'autres troubles psychiatriques, dont la dépression, mais surtout parce que ma vie de personne en rétablissement ne tourne plus du tout autour de l'alcool, de sa consommation ou de comment je n'en consomme plus. Ce qui me définit désormais, c'est le chemin de vie que j'ai choisi de prendre depuis sept ans et mes actions au quotidien.

---

4. [https://aa.org/pages/fr\\_FR](https://aa.org/pages/fr_FR)

Parmi ces actions, il y a l'aide que je peux apporter à d'autres patients addicts, dont beaucoup peinent à initier leur rétablissement. Cette démarche est pour moi naturelle : je veux tenter de redonner une partie de ce que j'ai reçu moi-même lorsque j'ai demandé de l'aide. Elle constitue ensuite la douzième étape<sup>5</sup> du programme des AA : transmettre ce que l'on a appris. Et c'est enfin la base de la pair-aidance : apporter son soutien aux personnes qui vivent actuellement ce que l'on a déjà vécu lorsque l'on était soi-même patient, faire profiter les autres de son savoir et de son savoir-faire, partager son expérience.

Finalement, j'ai découvert la pair-aidance lorsque j'étais moi-même patient, sans connaître le mot. Et ce mode de rétablissement m'a permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui.

L'ouverture du Diplôme universitaire de Pair-aidance en santé mentale en 2019, à l'Université Claude Bernard de Lyon, permet de légitimer la présence des pairs-aidants dans les

---

5. Voir les annexes

équipes soignantes et de professionnaliser leurs pratiques grâce à l'apport de connaissances théoriques et d'une vision plus complète des champs d'application. C'est une nouvelle ère qui s'ouvre, qui permet d'insérer un nouveau maillon dans la chaîne de l'alliance thérapeutique.

# Le modèle Minnesota de rétablissement

---

L'OMS a défini en 1975 la personne dépendante comme une personne qui a perdu la liberté de s'abstenir de consommer. La dépendance est une maladie, caractérisée par le fait que la personne continue de consommer (alcool, drogues, médicaments, sexe, travail, sport, nourriture, jeux...) malgré les conséquences négatives qui résultent de cette consommation ; ces conséquences impactent tous les domaines de sa vie. Le malade addict n'est pas responsable de sa maladie, mais il est responsable de son rétablissement. Ce rétablissement passe par un changement de comportements, une écoute active et une rigoureuse honnêteté, avec soi-même comme avec les autres. L'implication du patient dans les groupes de parole, parmi ses pairs, est récompensée par le *feed-back* (retour sans jugement) des autres.

Selon les Alcooliques Anonymes (2003), la dépendance est une maladie physique, mentale et spirituelle, dont on ne

guérit pas, mais avec laquelle on peut vivre, et vivre bien, en adoptant une démarche de rétablissement. Parmi les slogans régulièrement entendus au cours des réunions AA, on trouve « remplacer le spiritueux par le spirituel ».

Le modèle Minnesota part du postulat que la dépendance est une maladie, qui présente principalement deux symptômes : l'obsession et la compulsion ; elle est progressive, incurable et mortelle.

L'obsession est caractérisée par le fait que toute l'attention du malade dépendant, toutes ses pensées, sont focalisées sur le produit. Le malade n'a qu'une idée en tête : se procurer le produit pour le consommer immédiatement ou pour être certain d'en avoir à disposition pour le futur très proche. Rien d'autre n'a d'importance, seul le produit et sa disponibilité comptent.

La compulsion se retrouve dans la répétition quotidienne (voire plusieurs fois par jour) des actions permettant à la fois de se procurer le produit et de le consommer. Le malade dépendant n'a plus le temps et n'est plus capable de faire

autre chose que ces deux choses-là. L'obsession entraîne la compulsion et la compulsion nourrit l'obsession.

La maladie de la dépendance est progressive : la quantité de produit consommé augmente avec le temps et la fréquence des prises s'accélère. Si le malade interrompt sa consommation, même pendant une longue période, puis rechute, il reprendra sa consommation au point où il l'avait laissée, à quantité et fréquence identiques. Et à partir de cette reprise de la consommation, la progression reprendra, tant en termes de quantité que de fréquence.

La maladie de la dépendance est également incurable. À l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement médicamenteux capable de guérir un malade dépendant. Les seuls traitements existants permettent d'accompagner le malade lors du sevrage physique, notamment pour éviter les effets potentiellement graves comme le delirium tremens. S'il n'est pas possible de guérir, il est néanmoins possible de stopper la progression de la maladie et de bien vivre avec elle, en restant abstinents. En cessant de consommer, le malade se rétablit.

Enfin, la maladie de la dépendance est mortelle. Les conséquences sur la santé, sur les plans à la fois physique et psychologique, sont dramatiques et conduisent dans de nombreux cas au décès du malade. Les causes peuvent être liées directement au produit (overdose, coma, cancer, cirrhose, pancréatite...) ou à ses effets (accidents de la route, pensées suicidaires...).

Toutes ces caractéristiques de la maladie de la dépendance sont expliquées par les médecins et thérapeutes au CPO, lors des groupes pédagogiques. Elles sont également rappelées notamment dans la littérature AA et NA. J'ai surtout pu me rendre compte de leur réalité dans ma propre expérience de consommateur, je l'ai vécu. Lorsque j'en parle avec d'autres dépendants, toutes et tous comprennent, s'identifient, ressentent, car ils l'ont également vécu.

Afin d'entamer le rétablissement, l'abstinence totale de tout produit modifiant le comportement est donc nécessaire. Mais cette abstinence n'est qu'un moyen, ce n'est pas une fin en soi. Il est nécessaire de procéder à des changements en profondeur, qui passent par l'identification, les *feed-back* et la

confrontation. L'idée est de mettre en œuvre, en permanence, l'honnêteté, l'ouverture d'esprit et la bonne volonté (HOW<sup>6</sup>). Le rétablissement prend alors la forme d'un processus, d'une expérience, d'une progression non-linéaire ; il n'est jamais acquis.

---

6. *Honesty, Open mindedness, Willingness*

# Le rôle du groupe et l'identification aux pairs

L'une des clés du rétablissement des patients addicts repose sur la demande d'aide. Celle-ci permet de ne pas s'isoler, de partager ses envies de consommation et d'écouter les autres parler de leurs propres expériences.

Même si la notion de groupes de parole existait déjà, ce mode de rétablissement a été officialisé par Bill Wilson et Bob Smith en 1935, à l'occasion de la création des Alcooliques Anonymes. Selon la légende, Bill et Bob ont passé toute une nuit à discuter de leur condition d'alcooliques et se sont aperçus qu'ils ne buvaient pas lorsqu'ils échangeaient. Parler de soi, de ses difficultés, de ses émotions, face à des personnes qui connaissent les mêmes problèmes liés à la dépendance, semblait être un moyen efficace de ne pas consommer... Joseph Kessel (1960), lorsqu'il a effectué une série de reportages sur le mouvement des Alcooliques Anonymes, a particulièrement bien rendu compte de ce mode de fonctionnement des groupes de parole.

Lors des groupes de parole, les échanges donnent lieu à des feed-back : ce sont des retours nourrissants faits avec bienveillance, empathie, honnêteté, et surtout, sans jugement. Les personnes à l'origine de ces retours sont elles aussi des addicts et ont vécu des situations semblables. Elles peuvent donc parler de leur propre expérience et la partager avec d'autres malades dépendants. Certaines phrases, souvent entendues dans les réunions AA ou NA, résument parfaitement ce mode de fonctionnement de l'identification aux pairs : « lorsqu'un dépendant parle de lui, il parle en fait de moi. »

Dans les centres de soin qui appliquent le modèle Minnesota, les thérapeutes eux-mêmes sont des addicts en rétablissement. Cela peut également être le cas de l'ensemble des membres de l'équipe soignante (Chabalier, 2004). Ces soignants sont donc des pairs-aidants : ils ont connu la maladie, ils connaissent le rétablissement, ils partagent leur expérience avec les patients.

Tous les membres du groupe partagent le même objectif : se rétablir. Il est nécessaire de s'identifier, mais surtout ne pas

se comparer : chacun a son propre cheminement dans le rétablissement.

Le modèle Minnesota repose donc, depuis l'origine, sur la notion de pair-aidance, même si c'est de manière informelle. Intégrer un pair-aidant dans un processus de soins qui privilégie ce modèle semble donc une évidence. Surtout si le pair-aidant a été formé et s'est professionnalisé : non seulement le pair-aidant joue son rôle d' « ancien » en racontant sa propre expérience, mais il est également capable d'animer et diriger un groupe de parole en y apportant une dimension thérapeutique plus classique. Le partage d'expérience permet l'identification tandis que l'animation permet d'assurer une certaine cohérence dans les discussions et les échanges : les membres du groupe sont ainsi guidés selon un cheminement qui a pu être discuté en amont au sein de l'équipe soignante.

# Le rétablissement comme cadre de vie

Selon le modèle Minnesota, l'abstinence n'est pas une fin en soi, ce n'est qu'une première étape dans le processus de rétablissement. Le rétablissement devient alors omniprésent dans la vie quotidienne du dépendant et impacte tous les domaines de sa vie. Il n'est pas rare d'entendre des dépendants expliquer qu'ils ont remplacé leur dépendance au produit par une dépendance au rétablissement.

Comme j'aime à le rappeler régulièrement lors de mes différentes interventions auprès de patients en début de rétablissement, je suis heureux d'être addict. Je précise néanmoins que je suis heureux d'être addict, parce que j'ai rencontré le rétablissement. En effet, cette rencontre m'a permis de changer, et ce dans tous les domaines de ma vie. Et ces changements m'ont permis, et me permettent chaque jour, de faire des choix. Des choix qui me permettent d'orienter ma vie dans la direction que j'ai choisie. Des choix qui ne sont jamais définitifs et que je peux modifier selon mes

envies ou mes impératifs. Des choix qui me sont propres, qui ne m'ont pas été imposés. Et ce sont ces choix qui font que ma vie est heureuse, qu'elle n'est plus subie. Que je vis, et pas seulement que je survis.

J'aurais peut-être pu également avoir une vie heureuse si je n'avais pas été addict. Mais je ne le sais pas, et il n'y a aucun moyen que j'en sois absolument sûr : j'aurais pu être heureux, ou malheureux, ou entre les deux ; ce ne sont que des suppositions. Alors que la vie que je vis aujourd'hui, c'est une certitude. Et je préfère m'accrocher à cette certitude qu'à des possibilités...

Au cours de la pandémie de Covid-19, dans son étude sur les effets du premier confinement sur la santé mentale, le Professeur Nicolas Franck (2020) a proposé plusieurs pistes permettant de faire face aux difficultés d'un quotidien chamboulé. Il s'agit à mon avis de mesures de bon sens, qui se retrouvent d'ailleurs dans le modèle Minnesota :

- obtenir de l'information claire et efficace afin de réduire la stigmatisation liée à la maladie ;
- réduire les effets du stress en réduisant l'ennui (par la

mise en place de moments de distraction), en gardant le lien avec les autres (par le biais du téléphone, des SMS, de la visioconférence, des réseaux sociaux), en utilisant les lignes de soutien à distance ;

- développer la solidarité ;
- pratiquer une activité physique, même simple (emprunter les escaliers) ;
- organiser ses journées, passer à l'action pour éviter la rumination mentale, faire preuve de régularité pour augmenter sa sensation de contrôle, affronter le temps qui passe de manière fragmentée ;
- respecter son corps (notamment le rythme du sommeil), diversifier son alimentation ;
- verbaliser ses émotions, lâcher prise ;
- se détendre...

# L'importance de l'inclusion des nouveaux

Selon le modèle Minnesota, les nouveaux sont les personnes les plus importantes du groupe. Ce sont les personnes qui ont le plus besoin d'attention, à qui il faut expliquer le fonctionnement du programme, donc du rétablissement.

À l'origine, le modèle Minnesota s'applique sur un mode ambulatoire : les addicts participent à des groupes de parole selon leurs envies, leurs disponibilités, leurs moyens de déplacement... Les addicts ne sont pas hospitalisés et leur participation aux groupes est basée sur le volontariat, il n'y a aucune obligation.

Au CPO, le modèle Minnesota a été médicalisé, notamment par la mise en place des traitements médicamenteux permettant aux patients de mieux vivre les premiers jours de rétablissement. Les groupes de parole, les temps de partage, sont par ailleurs intégrés à l'offre de soins et planifiés. Ils deviennent des activités thérapeutiques obligatoires, prescrites par l'équipe soignante, selon le profil et l'état du

patient. Cette notion d'obligation peut paraître antinomique avec le volontariat prôné par le modèle Minnesota, elle est pourtant souvent salutaire pour les patients qui ont parfois énormément de mal à trouver une quelconque motivation en début de séjour.

Le CPO permet aux patients addicts de travailler de manière formelle, à l'écrit puis à l'oral lors de restitutions au groupe, les premières étapes du modèle Minnesota.

La première étape<sup>7</sup> est d'ailleurs la suivante : « nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool et que nous avons perdu la maîtrise de notre vie ». Elle comporte trois points importants :

- *Nous avons admis.* Admettre, ce n'est pas (encore) accepter, c'est uniquement reconnaître comme vrai, c'est un constat objectif de la réalité. Cela permet de se libérer, de cesser de se battre contre l'évidence. C'est un processus qui amène à l'acceptation, à la rigoureuse honnêteté.
- *Nous étions impuissants.* Il s'agit de l'impuissance face au produit (ou au comportement, selon le cas). C'est ne

---

7. Voir les annexes

pas être capable. C'est un symptôme de la maladie.

- *Nous avions perdu.* Cette perte de contrôle a impacté tous les domaines de la vie.

Ces trois points sont fondamentaux pour entamer le processus de rétablissement. Et pourtant, ils peuvent être extrêmement difficiles à comprendre et à accepter, surtout lorsque l'on est toujours en phase active de consommation. Cette première étape, qui s'apparente à une capitulation face à la toute-puissance du produit, fait souvent peur : capituler, c'est abandonner, c'est arrêter de se battre. Ce n'est généralement pas une action positive. Et pourtant, le rétablissement ne peut pas démarrer sans cette capitulation.

Et c'est là que le groupe peut avoir une grande force : lorsque des addicts en rétablissement évoquent leur propre expérience et leurs propres difficultés à accepter la capitulation, l'écho auprès des nouveaux patients est très largement supérieur à n'importe quel discours qui viendrait d'un soignant. L'addict en rétablissement a bien plus de poids auprès de ses semblables que les médecins : « Pour traiter l'addiction, il ne faut pas être médecin, il faut être malade.

Nous avons appris avec notre viande des vérités qu'aucun diplôme ne révèle. L'autorité de la science compte moins que la réalité de l'expérience. » (Benoît, 2011).

Lorsqu'un nouveau patient arrive en centre de soin, il a peur, il est perdu, il a besoin d'être rassuré. S'il s'agit d'un tout premier séjour en clinique psychiatrique, les appréhensions sont immenses, souvent déraisonnées, et entrent en résonance avec l'image de la psychiatrie dans l'imaginaire collectif, telle qu'elle a pu être décrite dans le film *Vol au-dessus d'un nid de coucou* par exemple. Si le patient a déjà été hospitalisé dans un autre établissement psychiatrique, il considère souvent que sa venue est un échec, qu'il revient à la case départ.

C'est à ce moment-là, dans les tous premiers jours, que le patient doit être rassuré, qu'il faut lui expliquer la démarche de son hospitalisation, qu'il doit être accompagné. Même si le patient n'a souvent pas été hospitalisé à la demande d'un tiers mais qu'il est bien là de son propre chef, les raisons sont souvent extérieures : faire plaisir à un proche, à la famille... Et si un soignant (médecin, infirmière, psychologue) tente alors de rentrer en contact avec le patient pour lui expliquer

la façon dont le séjour va se dérouler, le patient n'est pas du tout réceptif, il a l'impression de discuter avec un geôlier...

Si d'autres patients plus anciens, déjà insérés dans le parcours de soin dans l'établissement, tentent de rassurer le nouveau, l'approche sera plus facile : les patients vont dialoguer d'égal à égal, entre pairs. Par contre, il n'est pas rare que les patients déjà en place soient particulièrement remontés contre l'institution, souvent pour des motifs qui n'ont rien à voir avec l'offre de soins. Ces derniers n'ont pas pu ou pas voulu investir le soin et attendent simplement leur sortie. S'ils discutent avec les nouveaux arrivants, ils risquent de les perturber encore plus et de les empêcher de se concentrer sur la raison de leur hospitalisation : leur rétablissement.

La personne qui se révèle alors un interlocuteur privilégié des nouveaux est le pair-aidant : ce dernier a été malade et s'est rétabli. Il est à la fois un ancien patient et est intégré aux équipes soignantes. Il peut rassurer le nouveau sur le déroulement de son séjour et, connaissant les règles de l'établissement, peut expliquer certains aspects qui n'ont pas été compris. Le pair-aidant, dès l'arrivée des nouveaux, est un

intermédiaire efficace, presque un guide pour démarrer sur le chemin du rétablissement.

Le poids du discours du pair-aidant sera d'autant plus important si le pair-aidant a effectivement été soigné dans le même établissement de soin. Même si sept ans se sont écoulés entre mon hospitalisation au CPO et mon stage, même si certaines procédures ont évolué, même si certaines activités thérapeutiques ont changé, j'ai retrouvé, dès le premier jour, mes marques et certains automatismes. C'est notamment ce qui m'a permis de paraître encore plus légitime auprès des patients, surtout les nouveaux : je connaissais la clinique, j'y avais été hospitalisé, j'y avais suivi le programme thérapeutique, je m'y étais rétabli. Pour les patients, ce parcours était plus efficace que n'importe quel discours d'un médecin : ce qui paraissait jusque-là impossible devenait dès lors possible.



# Le rôle du pair-aidant

---

La pair-aidance, c'est l'aide par les semblables, l'aide par ceux qui ont vécu des expériences similaires. Ces expériences, elles ne sont pas anodines, elles concernent le vécu. La vie, avec ses échecs, avec ses épisodes traumatiques, avec ses erreurs, avec ses moments de honte, avec tout ce que l'on souhaiterait oublier, avec tout ce qui nous a fait mal, dans le corps et dans la tête. Mais également la vie avec ses victoires, avec ses relèvements, avec tout ce travail qui nous a permis de nous reconstruire, de changer, de devenir qui nous sommes aujourd'hui.

## Les premiers jours d'hospitalisation

Les patients addicts, surtout lors de leur première hospitalisation, éprouvent quasiment tous de la honte et de la peur. Ces émotions ne surgissent pas d'un coup, au moment de l'entrée dans le centre de soin, elles sont présentes souvent depuis des années. La honte est souvent liée à la nature même de la maladie : même si les choses commencent à changer lentement, l'addiction est toujours perçue par une majorité de personnes comme une tare, un vice, une habitude de mauvais goût, un manque de volonté, de la faiblesse. Tout est fait pour que le malade addict ne se considère pas lui-même comme un malade, mais comme un paria, quelqu'un en marge de la société. La honte ressentie est donc sous-tendue par un fort sentiment de culpabilité.

À cette honte s'ajoutent plusieurs peurs, parfois très anciennes. Même si l'on peut citer la peur de mourir, je ne crois pas que ce soit la plus forte. Une peur qui me paraît bien plus prégnante, c'est celle de ne pas savoir comment vivre sans produit : la consommation est telle depuis des années, la vie

ne tourne plus qu'autour du produit, son approvisionnement et sa consommation, que le malade ne sait plus rien faire d'autre ; que faire sans produit, comment occuper les journées... Il y a également la peur du regard des autres, liée à la honte éprouvée. Le malade addict a le sentiment très fort qu'il est seul dans son cas, qu'il est une exception dans la société, que personne ne connaît la même vie que lui. Et que c'est pour ces raisons qu'il est constamment pointé du doigt, que c'est lui qui est visé dans la représentation littéraire ou cinématographique de l'alcoolique ou du *junkie*.

Les premiers jours, les patients se sentent perdus et se demandent ce qu'ils font à la clinique. Ils sont venus de leur plein gré, mais le produit reste omniprésent dans leur tête et la tentation de sortir contre avis médical est très grande.

D'autant plus que l'addiction à un produit (ou à un comportement) a entraîné des troubles cognitifs chez le patient :

- au niveau de l'attention, de la concentration ;
- au niveau de la mémoire, essentiellement la mémoire de travail ;

- au niveau des fonctions exécutives, comme la planification, l'exécution des tâches et la flexibilité ;
- au niveau de la cognition sociale : la « lecture » de ses propres émotions et des émotions des autres ;
- au niveau de l'impulsivité...

L'addiction a également introduit des biais cognitifs :

- des biais attentionnels, comme lorsque le patient remarque directement où se situent le rayon des alcools dans un magasin ou les publicités pour l'alcool dans le paysage urbain, alors que les autres ne les remarquent pas spontanément ;
- des biais rétrospectifs, lorsque, par exemple, le cerveau « réécrit » les rencontres avec le produit afin de conforter le patient dans ses choix ;
- des biais de confirmation, lorsque le patient ne se souvient que de ce qui confirme sa vision du monde, qu'il ne se souvient que des bons moments...

Les capacités cognitives ont donc toujours été atteintes et il est difficile de se fondre dans le cadre de la clinique : horaires, traitements, repas, groupes, travail personnel... Être accompagné par un pair-aidant, qui a déjà vécu la même situation, parcouru les mêmes couloirs, dormi dans la même chambre, participé aux mêmes ateliers, est quelque chose de

tout à fait rassurant pour le patient qui vient d'arriver.

## Le partage des savoirs

Le pair-aidant n'est pas qu'un « patient-expert » : il a suivi une formation qui lui permet, outre son savoir expérientiel, de proposer une pratique respectueuse des usages et prenant en compte l'offre de soins dans son ensemble : traitements médicamenteux, structures existantes, modèles thérapeutiques, vocabulaire...

Le pair-aidant est à même de dialoguer avec le reste de l'équipe soignante et peut agir comme intermédiaire entre cette dernière et le patient, servir d' « interprète » : il parle le même langage que les deux parties. Le pair-aidant est capable d'expliquer, avec recul et mesure, le ressenti du patient, certains aspects que les soignants, à force d'habitude, ne peuvent pas voir. L'intégration d'un pair-aidant dans la démarche de soin permet à l'ensemble de l'équipe de constamment se remettre en question, afin de toujours proposer la meilleure offre thérapeutique au patient.

Le pair-aidant occupe une position transversale : il aide le patient, ce qui favorise l'inscription dans le soin, et il aide

l'équipe soignante. Lors de mon stage, l'équipe soignante s'est par exemple retrouvée face à ses propres limites dans son approche thérapeutique avec un patient, et m'a sollicité. J'ai pu amorcer un lien de confiance avec ce patient, en évoquant ma propre expérience lorsque j'étais moi-même hospitalisé. Cela a permis au patient de partager ensuite ses propres difficultés avec le reste de l'équipe, ce qu'il n'avait pas réussi à faire jusqu'ici.

## La libération de la parole

Le rôle du pair-aidant semble donc être celui d'un facilitateur entre les soignants « classiques » et les patients, l'objectif étant, pour les nouveaux patients, de les sortir du schéma classique stigmatisant. En se reposant sur le modèle Minnesota, s'identifier aux autres permet de ne plus se sentir seul, écouter des anciens permet de se rendre compte qu'une issue est possible, et parler aux anciens permet de se sentir en confiance.

Dans les groupes de parole traditionnels, la participation est basée sur le volontariat de chacun : personne n'est obligé de parler. La dynamique du groupe dépend donc des participants. Je connais des groupes dans lesquels peu de personnes prennent la parole, et donc ces dernières peuvent parler longtemps. Et je connais également d'autres groupes où les interventions doivent être minutées car tout le monde souhaite s'exprimer. Dans ce dernier cas, le chronomètre est le garant du temps de parole de chacun.

Dans un modèle Minnesota médicalisé, tel qu'il est mis en

œuvre au CPO, il n'est pas envisageable d'avoir des groupes qui ne « vivent » pas. C'est pourquoi l'animation de ces groupes est confiée à un thérapeute le plus souvent, parfois à un patient un peu plus ancien. Il est nécessaire d'entretenir une certaine dynamique, de distribuer la parole, de relancer certains patients sur la réserve, de calmer certaines ardeurs... Le pair-aidant, de par son expérience, mais également parce qu'il fait partie de l'équipe soignante, a toute autorité pour jouer ce rôle. Je me suis rendu compte, en situation réelle, que les patients éprouvaient à mon égard une sorte de respect, justement à cause de mon parcours ; que j'étais tout à fait légitime à cette place d'animateur.

En racontant mon parcours, en évoquant par exemple les très grandes difficultés que j'éprouvais lorsque j'étais dans la même salle, quelques années auparavant, notamment pour parler devant le groupe, à cause d'une timidité que je qualifiais de malade, en présentant aujourd'hui un visage particulièrement avenant, malgré le masque de protection contre la transmission du coronavirus, une attitude ouverte et engageante, je devenais, aux yeux des patients réunis avec

moi, l'incarnation même du rétablissement. Ils pouvaient visualiser ce qu'eux-mêmes pouvaient atteindre en suivant le même chemin que moi, en devenant eux-mêmes acteurs de leur propre rétablissement.

J'ai vu, au cours de ces groupes de parole, des patients se redresser, se libérer, et prendre la parole, alors qu'ils étaient restés silencieux depuis leur arrivée dans la clinique. J'ai croisé des patients, à la sortie de ces groupes de parole, qui m'ont remercié de leur avoir permis de sortir de leur coquille, simplement en leur inspirant de la confiance. Et c'est notamment dans ces moments-là que j'ai su que j'étais à ma place en tant que pair-aidant.

# Un même lieu, deux rôles différents

---

Être patient, c'est plutôt être passif, c'est être pris en charge par d'autres personnes : les soignants.

Être pair-aidant, c'est passer de l'autre côté de la barrière, c'est faire partie de cette équipe des soignants.

Selon Bernard Pachoud (2016), il existe une différence forte entre guérison et rétablissement. Cette différence repose essentiellement sur le fait que le patient doit s'impliquer pour se rétablir : il s'opère une transition de patient « passif » au patient expert, comme l'a également expliqué Luigi Flora dans un ouvrage collectif (Déchamp-Le Roux et al., 2015). Dans le modèle Minnesota, cette implication conduit naturellement, au fil du temps, à prendre un rôle de pair-aidant avec les autres patients.

Dans mon cas, même en devenant acteur de mon rétablissement, je n'en restais pas moins un patient. Et je

gardais certains « réflexes » de patient. Beaucoup d'entre nous avaient par exemple des « revendications » quant à notre niveau de confort : qualité de la nourriture, accès à internet, possibilité de faire du sport, loisirs... Comme nous étions pris en charge pour tout (nous avons un toit pour dormir, nous étions nourris, soignés, accompagnés...), nous pouvions avoir tendance à oublier la vraie raison de notre hospitalisation. Au fur et à mesure de notre progression sur le chemin du rétablissement, ces questions du confort devenaient moins importantes. Par contre, certains aspects de l'organisation de la clinique nous échappaient toujours, tout simplement parce que nous n'étions pas au courant de tout, et nous n'avions pas à l'être. C'est lorsque mon positionnement a changé, lorsque j'ai quitté mon rôle de patient pour rejoindre l'équipe soignante, que j'ai pu appréhender de manière plus globale tous les tenants et aboutissants de l'hospitalisation et de son organisation.

## L'accueil par les soignants

Les soignants qui interviennent au CPO ont tous été formés au modèle Minnesota. Ils ne connaissent pas tous les détails, mais ils en connaissent les concepts principaux : le partage, l'identification, la confrontation, les premières étapes. Beaucoup des soignants aux côtés de qui j'ai travaillé lors de mon stage étaient déjà présents lorsque j'étais hospitalisé il y a un peu plus de sept ans. Et ce qui aurait pu conduire à une situation « bizarre » s'est déroulé avec une fluidité remarquable.

Les soignants m'ont tous accepté, de manière totale et immédiate. Le mode de fonctionnement de la clinique, l'intérêt, existant depuis toujours, pour la pair-aidance, ont permis que je sois intégré instantanément. Les personnes qui ne me connaissaient pas encore ont manifesté un intérêt particulier à ma présence, me questionnant sur mon rôle, sur la pair-aidance. Les médecins psychiatres, que je ne connaissais pas, m'ont intégré immédiatement, notamment lors des transmissions ou des réunions d'équipe. Ils ont

toujours sollicité mon avis sur les patients. J'ai été réellement écouté et ce que j'ai pu suggérer a toujours été suivi d'effets concrets. Je me suis senti à la fois utile et à ma place.

L'une des petites difficultés que j'imaginai a concerné le passage au tutoiement avec les soignants. En fait, même cette phase a été immédiate, après une brève concertation, sans aucune gêne. Ce passage au tutoiement a pris un tout petit peu plus de temps avec quelques personnes que je ne connaissais que de mes passages à l'hôpital de jour.

Par ailleurs, personne n'a jamais émis la moindre retenue ou gêne par rapport à l'accès aux informations, que ce soit les dossiers des patients ou lors des réunions. Les médecins ont même accepté que j'assiste, avec l'accord des patients, aux entretiens d'accueil. J'ai expérimenté, sans aucune réserve, le secret partagé.

## Le regard des patients

Les patients ont également montré une acceptation totale par rapport à ma présence, que ce soit lors de groupes de parole ou d'entretiens individuels. Bien souvent, j'ai ressenti chez eux un grand soulagement, de l'espoir, de la compréhension. Ils ont eu confiance et ont pu exprimer certaines choses qu'ils n'avaient pas osé dire au médecin, aux psychologues ou aux infirmières. En transmettant ces informations au reste de l'équipe soignante, la clinique a été en mesure d'aider d'avantage ces patients.

Même si j'évoque essentiellement mon implication avec les patients addicts, le concept de pair-aidance a fonctionné avec d'autres pathologies que l'addiction : schizophrénie, psychoses... La coanimation des groupes de psychoéducation avec des patients psychotiques en a été la preuve : les patients m'ont fait confiance. Une patiente psychotique a accepté que j'assiste à son parcours d'accueil le jour de son arrivée. J'ai ensuite été l'un des référents pour elle dans la clinique, un repère auquel elle pouvait se raccrocher.

Lorsqu'il m'est arrivé de retourner à la clinique bien après mon stage, tous les patients que j'avais croisés précédemment et qui étaient toujours hospitalisés se souvenaient de moi, tous m'ont réservé un accueil des plus chaleureux.

## Le positionnement : de soigné... à soignant

Mon positionnement au sein de la clinique a évolué en permanence. J'y suis arrivé la première fois en tant que nouveau patient. Je suis ensuite devenu un patient plus actif, acteur de mon propre rétablissement. Avant de quitter l'hospitalisation complète, je suis devenu un « ancien » : j'étais là pour aider les nouveaux arrivants, pour les guider. J'étais déjà un peu pair-aidant...

J'ai ensuite rejoint l'hôpital de jour, plusieurs jours par semaine. À mesure que les mois passaient, j'ai diminué la fréquence de mes venues. Au bout de deux ans environ, je ne suis venu que deux à trois fois par an. Je rencontrais à chaque fois de nouveaux patients et je délivrais un récit de vie<sup>8</sup>, toujours différent. Je montrais à des patients en début de rétablissement que la maladie n'était pas une fatalité, qu'il était possible de s'en sortir, que j'en étais une preuve vivante. De plus en plus, je devenais pair-aidant, la représentation

---

8. Voir les annexes

abstraite du soin devenait une représentation concrète.

Au cours de toutes ces étapes, mon positionnement a changé : même si je suis toujours resté un patient, mon « statut » évoluait. Le grand saut allait avoir lieu avec mon passage de l'autre côté de la barrière, en rejoignant officiellement l'équipe soignante.

On m'a beaucoup mis en garde sur les difficultés éventuelles à travailler là où j'avais été hospitalisé : plusieurs intervenants pédagogiques lors de la formation, plusieurs étudiants. Parce que plusieurs avaient vécu des expériences catastrophiques, lors desquelles l'équipe soignante n'avait pas réussi à intégrer le changement de statut du pair-aidant, son passage du rôle de patient à celui de membre de l'équipe. Ce n'était pas un souci pour moi : je savais que le modèle de soin au CPO reposait déjà implicitement sur la pair-aidance.

J'étais un patient, mais je ne le suis plus. Par contre, il me reste mon expérience de malade, puis de patient dans ce même lieu : je connais les procédures, les rouages, l'organisation... Je suis capable de répondre si l'on m'interroge sur le parcours

de soin, sur le planning des activités thérapeutiques, sur les horaires des repas, sur l'hébergement... Au CPO, un patient angoissé, stressé ou qui se pose des questions a toujours la possibilité de dialoguer avec une infirmière : elles sont formées à ces échanges et se rendent toujours disponibles. Et elles prennent leur mission très à cœur, leur unique but est d'être aidantes pour les patients. Pourtant, malgré toute cette bonne volonté et toutes les formations du monde, les infirmières n'ont pas connu l'hospitalisation au CPO, elles n'ont pas vécu cette expérience, elles n'ont pas ressenti, au plus profond d'elles-mêmes, les angoisses parfois terribles des patients hospitalisés. Les infirmières peuvent apporter une réponse double : discuter ou donner le traitement médicamenteux prescrit par le médecin en cas de besoin. Elles sont très efficaces pour discuter, mais leur regard extérieur sur la maladie ne remplacera jamais le vécu d'un pair-aidant.

Et les patients avec qui j'ai pu discuter ainsi, lorsqu'ils se posaient des questions, qu'ils étaient perdus, angoissés, m'ont tous renvoyé la même chose : ils se rendaient bien compte que j'avais été à leur place et que je pouvais comprendre, mieux

que quiconque, ce qu'ils ressentait, ce que pouvaient être leurs émotions du moment. Ils me faisaient confiance.

En tant que pair-aidant, je fais partie de l'équipe soignante, mais je n'ai pas la formation pour les gestes techniques d'une infirmière, je ne suis pas thérapeute, ni psychologue. Je suis « autre chose », je suis différent, je suis complémentaire. C'est à moi d'en être le premier conscient, afin d'être capable de l'expliquer à la fois aux soignants mais aussi aux patients.

# Conclusion

---

Lorsque je me suis présenté au CPO le premier jour de mon stage, j'avais une très légère appréhension. Je connaissais bien la structure, une grande partie de l'équipe, le modèle de rétablissement. Je savais que mon arrivée avait été bien préparée et que j'allais être bien accueilli : la pair-aidance a toujours été l'une des clés au CPO, notamment grâce aux messagers<sup>9</sup>. Je n'avais pas non plus de doute sur le fait que j'étais bien à ma place : un ancien patient en rétablissement, ayant suivi une formation diplômante, capable de favoriser la communication entre les soignants et les patients et d'apporter une autre forme de soin.

Ce qui me questionnait était ailleurs : j'avais été hospitalisé dans ces mêmes murs et j'avais été pris en charge par ces mêmes soignants. Comment allions-nous tous gérer ce « franchissement de barrière » ?

---

9. Voir les annexes

Tout s'est en fait déroulé de manière très naturelle : l'équipe m'a accueilli comme un collègue, avec beaucoup de bienveillance. J'ai immédiatement été intégré au reste de l'équipe et j'ai participé à toutes les réunions. Surtout, l'équipe a toujours montré son intérêt pour mes remarques, mes réflexions, mon ressenti. C'est à ce moment-là, dès le premier jour, que j'ai compris que l'intégration d'un ancien patient, qui connaissait déjà « l'autre côté », était une chose naturelle pour les soignants. Que tout était fait, au CPO, pour le patient et avec le patient. C'est à ce moment-là que j'ai réalisé à quel point les pairs-aidants pouvaient devenir une ressource riche dans une structure de soins, en étant les seuls acteurs du soin en mesure d'apporter aux patients ce que l'équipe soignante ne peut leur apporter.

Depuis ma sortie d'hospitalisation il y a plus de sept ans, l'institution est toujours restée en contact avec moi. Le Docteur Petitdidier notamment, a toujours eu à cœur d'impliquer les patients dans la démarche de soin de sa clinique ; il m'a plusieurs fois convié à des réunions avec d'autres anciens patients afin que nous puissions échanger sur les axes d'amélioration de

la prise en charge. Plusieurs de nos idées ont été reprises et sont encore en place. Cette approche, qui met le patient et le rétablissement au cœur du parcours de soin, est déjà une approche orientée pair-aidance. Avant même de connaître ce terme, je faisais, sans le savoir, de la pair-aidance. Et avoir l'opportunité d'exercer une activité professionnelle là où j'ai été hospitalisé n'entraîne pas de difficulté, bien au contraire. C'est une force, au service des patients.

La formation, puis le stage, ont été pour moi une révélation. Depuis mon passage au CPO, en hospitalisation complète puis à l'hôpital de jour, j'ai toujours voulu y retourner régulièrement, pour y partager mon expérience de la maladie et du rétablissement, pour y transmettre de l'espoir. Je me suis rendu compte que ces interventions me faisaient également beaucoup de bien, qu'elles participaient à mon propre rétablissement. Au fil des années, cette envie de revenir s'est transformée en besoin. Mais il n'est pas possible actuellement de revenir régulièrement dans un établissement de santé si l'on n'est pas un professionnel diplômé. Et c'est là que le Diplôme universitaire de pair-aidance a su répondre

à ce besoin : ce besoin de nombreux patients, experts de leur maladie, acteurs de leur rétablissement, qui veulent, qui ont besoin de transmettre leurs savoirs pour aider leurs semblables...

# Bibliographie

---

- Anonyme (2003). *Les Alcooliques Anonymes (Quatrième édition)*. Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Benoît, V. (2011). *Moi, Vincent B. - Une expérience de la vie sans drogue*. Impressions nouvelles.
- Chabalier, H. (2004). *Le Dernier pour la route*. Robert Laffont.
- Déchamp-Le Roux, C. & Rafael, F. (2015). *Santé mentale : guérison et rétablissement - Regards croisés*. John Libbey Eurotext.
- Franck, N. (2020). *Covid-19 et détresse psychologique*. Odile Jacob.
- Kessel, J. (1960). *Avec les Alcooliques Anonymes*. Gallimard.
- Pachoud, B. (2016, 30 septembre). *Santé mentale : être guéri ne signifie pas « rétabli »*. Handicap.fr. <https://informations.handicap.fr/a-sante-mentale-messidor-9120.php>



# Annexes

---

- Le Centre de Psychothérapie d'Osny
- Récit de vie
- Au-revoir
- Devenir messenger, un premier pas vers la pair-aidance
- Le rétablissement au sein d'un couple de pairs
- Fiches rédigées pendant le stage
  - Le cadre
  - La responsabilité
  - La relation affective
  - La consommation dans un espace de soins
- Les AA en douze étapes



# Le Centre de Psychothérapie d'Osny

---

Le Centre de Psychothérapie d'Osny (CPO) est une clinique psychiatrique située à Osny, dans le Val-d'Oise. Il accueille des patients en hospitalisation complète ainsi qu'en hôpital de jour (HdJ).

Le CPO accueille des patients qui présentent :

- des troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires),
- des psychoses,
- des addictions (alcool, drogues, médicaments).

Ces patients peuvent ne présenter qu'un seul de ces troubles, ou plusieurs. On parle alors de comorbidités, comme par exemple lorsqu'un patient souffre d'addiction et de dépression.

L'équipe soignante est constituée de trois psychiatres, un médecin généraliste, une cadre de santé, 22 infirmières et

aides-soignantes, une thérapeute et quatre psychologues. Un médecin de garde est présent les nuits et les week-ends. Les infirmières sont bien évidemment présentes jour et nuit et leur rôle ne se résume pas à la distribution des traitements médicamenteux : en plus des gestes techniques qu'elles peuvent être amenées à effectuer, elles sont à l'écoute des patients et se rendent toujours disponibles pour discuter avec eux.

Comme son nom l'indique, le CPO propose une offre de soin qui repose sur la psychothérapie, c'est-à-dire le « travail sur soi », sur ses pensées. Ces thérapies sont à la fois individuelles et en groupes :

- Remédiation cognitive : rééducation des pensées
- MCT (*Meta Cognitive Training*) : gestion des émotions, affirmation de soi
- TCC (Thérapie cognitivo-comportementale) : adapter ce que je pense à ce que je fais
- Psychoéducation : éducation thérapeutique orientée rétablissement
- Cognition sociale : lire les émotions chez les autres
- ToMRemed : reconnaître les intentions chez les autres

- PEPS : travail sur la motivation
- Habileté sociale : être à l'aise dans la communication
- Groupe mémoire
- Groupe trauma

Toutes ces activités thérapeutiques ont pour objectif la réhabilitation psychosociale des patients et pas uniquement la stabilisation de la maladie par administration de médicaments.

L'HdJ propose en outre une transition douce entre l'hospitalisation complète et la vie à l'extérieur. Il permet aux patients addicts de consolider leur travail sur l'abstinence tout en facilitant leur réinsertion sociale et professionnelle.



# Récit de vie

---

*Le « Récit de vie » est l'un des premiers travaux écrits demandés aux patients addicts au Centre de Psychothérapie d'Osny (CPO). Il est rédigé environ trois semaines après l'arrivée du patient dans l'établissement. Il permet de situer la consommation dans l'histoire de vie du patient et déclenche, généralement, un premier « déclic » pour bien entamer le processus de rétablissement. J'ai rédigé ce texte au CPO en avril 2014.*

Je m'appelle Christophe Planet. Je suis né le 26 octobre 1970 à Bron, dans la banlieue lyonnaise. Mes parents habitent alors Villeurbanne et travaillent tous les deux dans le milieu enseignant : mon père est conseiller d'orientation et ma mère professeure de mathématiques dans le secondaire. Mon père est issu d'un milieu modeste tandis que la famille de ma mère est plus aisée.

En 1972, mon père, âgé de 31 ans, réussit le concours d'entrée à l'ENA. C'est cette même année que naît ma sœur Laurence. Ma mère cesse alors de travailler pour s'occuper de ses deux enfants. En 1973, afin de se rapprocher de Paris, nous déménageons à Saint-Germain-en-Laye, dans les Yvelines.

L'année suivante, alors que mon père décroche son diplôme, c'est la naissance de ma seconde sœur, Emmanuelle. À partir de ce moment, plusieurs bouleversements vont intervenir. Grâce à la nouvelle situation professionnelle de mon père, mes parents achètent une nouvelle voiture et un téléviseur en couleurs. C'est le seul de l'immeuble. Comme nous habitons au rez-de-chaussée, les enfants voisins s'agglutinent derrière les fenêtres du salon pour profiter du spectacle les mercredis après-midi. Mais le changement le plus radical n'est pas matériel. Mon père, accaparé par son travail, quitte le logement familial avant que mes sœurs et moi ne soyons réveillés et rentre bien après notre coucher. Nous ne le voyons que le week-end, à condition qu'il n'ait pas emporté de dossiers à la maison. Entre 1974 et 1978, je ne verrai mon père qu'une seule fois en semaine. C'est le jour de mes six ans, et il m'emmène en fin d'après-midi au cirque.

À la maison, mes parents ont mis en place un système d'éducation strict. Ce qu'ils souhaitent, c'est que leurs enfants réussissent leurs études afin de décrocher à terme des emplois prestigieux. Nous sommes formés et formatés pour réussir.

Ainsi, en quittant la maternelle, je sais déjà lire et écrire. Les loisirs se résument à la lecture, deux heures de télévision par semaine et les jeux dans le petit parc de la résidence avec les autres enfants. Chaque week-end, une sortie culturelle est programmée, quelques fois une journée à la plage à Deauville. Le soir, en rentrant, nous devons raconter ce que nous avons vu, retenu, appris. À cette époque, certainement par orgueil, cette organisation me convient et me plaît : je suis le premier de ma classe, et de très loin. Mes parents sont fiers de moi mais ne manquent pas une occasion de me rappeler qu'à mon âge, ils faisaient aussi bien voire mieux que moi.

En 1978 surviennent deux événements majeurs. Tout d'abord, mes parents achètent un pavillon cossu, toujours à Saint-Germain. Ensuite, mon père obtient un poste de diplomate à New-Delhi : nous allons vivre deux ans en Inde. Mon père part à l'été et nous le rejoignons peu avant Noël. J'ai huit ans et je vais vivre une expérience inoubliable. Dès l'arrivée à l'aéroport de New-Delhi, je suis frappé par le chant des oiseaux. Lors du trajet vers notre nouvelle demeure, je remarque des zébus, des dromadaires et même des éléphants qui déambulent

nonchalamment le long, et même sur la route. Il y a une multitude de vélos, de voitures, de rickshaws, de bus bondés qui semblent vomir leurs passagers par les portières même lorsqu'ils roulent. C'est également un concert de klaxons et un fourmillement de bras qui s'agitent : ici, le clignotant ne sert à rien lorsque l'on tourne ou que l'on double. Des camions surchargés gisent renversés, au bord de la route : soit le chauffeur s'est endormi, soit un dépassement s'est mal déroulé. Sur la route, en Inde, une seule loi existe : l'anarchie.

Lorsque nous arrivons à la maison où nous allons vivre pendant deux ans, c'est l'émerveillement : un palais de 400 m<sup>2</sup> sur deux niveaux, entouré d'un grand parc. Il y a même une terrasse sur le toit. Nous sommes accueillis par une douzaine de personnes : c'est le personnel que mon père a engagé. Il y a là les gardiens, le majordome, le cuisinier, le jardinier, notre nounou... Il y a même un couturier ! Ils nous offrent des colliers de fleurs pour nous souhaiter la bienvenue.

Je vais alors passer deux ans extraordinaires, découvrant un pays magnifique. Mon jeune âge ne me permet pas encore d'appréhender à leur juste valeur la pauvreté, les maladies, les

castes. Je vis dans le milieu très fermé des expatriés où tout est facile, où tout est possible. J'en deviens, comme certains de mes camarades, un enfant pourri et gâté, un petit prince dont on satisfait tous les désirs et de qui l'on accepte tous les caprices. Je ne vis plus dans la réalité mais dans une utopie. Le fait de sauter une classe me conforte dans ce sentiment de toute puissance. Mes parents me rappellent fréquemment à l'ordre et les punitions tombent. Mais je n'en ai cure : seul compte mon plaisir immédiat.

En plus de l'Inde, je vais visiter de nombreux pays : les voyages à l'étranger sont facilités grâce au passeport diplomatique de mon père. Je vais ainsi découvrir le Sri-Lanka, les îles Maldives, Hong-Kong, la Chine, la Mongolie et l'URSS. Ces rencontres avec de nouveaux paysages, de nouvelles cultures et de nouveaux peuples me passionnent. Je prends conscience que j'ai énormément de chance et que c'est un privilège de visiter des pays d'ordinaire fermés aux étrangers.

En parallèle, la pression de mes parents sur ma scolarité s'accroît. Désormais, ils mettent en place un système de récompense en fonction de ma réussite à l'école. En cas

d'échec, c'est la punition. Ma mère scrute scrupuleusement chacun de mes devoirs et me donne du travail supplémentaire. Cela ne me plaît guère mais je reste docile.

En décembre 1980, nous rentrons en France. J'ai dix ans, je parle couramment anglais et je fais ma rentrée au deuxième trimestre de sixième dans un collège international. Comme j'ai un an d'avance, je suis à la fois le plus jeune et le plus petit de ma classe. Le fait d'être arrivé en cours d'année me perturbe beaucoup ; je reste à l'écart des autres et, jusqu'à la fin de la troisième, je n'aurai que très peu de camarades.

À la maison, la pression de ma mère concernant mes résultats scolaires s'accroît et cela commence à me peser sérieusement. Pourtant, je continue à subir en silence, tant certaines colères de mes parents peuvent être violentes. Avec ma sœur Laurence, nous occupons les deux chambres du second étage de la maison. Souvent, le soir, bien après l'heure du coucher, alors que nos parents regardent la télévision, nous discutons de notre journée à travers le palier, dans le noir. Nous évacuons la pression venue de nos parents. Elle a plus de facilités que moi : elle a deux ans d'avance à l'école et

est à la fois ambitieuse et travailleuse malgré son jeune âge.

À même pas 14 ans, lorsque je rentre au lycée, je me retrouve à égalité avec les autres : mes relations sociales s'améliorent même si je reste d'une timidité maladive. Cette année-là, ma mère, toujours désireuse de suivre au plus près ma scolarité, se fait élire déléguée des parents d'élèves de ma classe. Ce sera le cas jusqu'à mon bac.

À la fin de l'année scolaire, je parviens, non sans difficultés, à entrer en première scientifique. C'est à cette période qu'éclatent les premiers conflits avec mes parents, surtout ma mère : je ne peux plus supporter son omniprésence dans le suivi de ma scolarité. Je me rebelle et cesse volontairement de travailler. Mes résultats s'en ressentent évidemment et je redouble. Je remarque néanmoins un changement dans mon attitude vis-à-vis des autres lycéens : je deviens plus sociable et les échanges se multiplient. Je me rends alors compte que j'ai perdu plusieurs années en restant isolé.

À la rentrée scolaire suivante, j'ai grandi. À la fois en taille, puisque j'ai gagné plus de 15 centimètres en quelques mois,

en indépendance, car j'ai effectué mon premier petit boulot rémunéré l'été précédent, et surtout en prestance. Désormais, grâce à ma grande taille et surtout mon statut de redoublant, les autres viennent vers moi et je vais vers les autres. Je suis passé de zéro à héros. Je frôle parfois la catastrophe par mon attitude désinvolte et quelques fois provocante vis-à-vis de mes professeurs. Mais cela m'importe peu : ce qui compte pour moi, c'est d'être enfin parvenu à être entouré, sollicité, apprécié. Je suis admis l'année suivante en terminale C, ne sachant pas réellement vers quel domaine me diriger par la suite. Je suis passionné par l'informatique depuis mes dix ans mais ne souhaite pas en faire ma profession. Mon année scolaire est catastrophique, sauf en mathématiques et en langues. Au bac blanc, j'obtiens cinq de moyenne générale, ce qui ne me permettrait pas de me présenter à la session de rattrapage en conditions réelles. Cela ne me perturbe pas, me disant que mes résultats aboutiront simplement à un redoublement. Je pousse même l'ironie à l'extrême en présentant ma candidature à une préparation aux grandes écoles de commerce dans les trois établissements les plus prestigieux de France. Pour ajouter à cette touche d'humour

décalé, mon professeur de sports indique en commentaire de ma fiche de candidature « belle foulée ». Finalement, je me présente aux épreuves du baccalauréat totalement détendu. Une chose m’amuse particulièrement : ma sœur Laurence passe les mêmes épreuves que moi assise à la table juste derrière. Je termine les épreuves serein, persuadé que je vais redoubler, et prends à nouveau un petit boulot pour l’été.

Lorsque les résultats sont disponibles, je suis presque assommé mais secrètement fier : j’ai eu mon diplôme, avec une mention de surcroît. Que vais-je donc faire maintenant ? Je n’ai aucune chance de rentrer en prépa HEC sauf si j’accepte d’être pistonné, ce que je refuse catégoriquement. Je me tourne donc vers l’université et m’inscris en mathématiques de la décision à Paris-Dauphine, qui n’accepte que les candidats ayant eu une mention au bac. À cet instant précis, ma vie va basculer mais je ne m’en doute pas encore...

La première année à l’université, je découvre ce que sont les cours magistraux, les travaux dirigés, les groupes de travail. Je découvre également que les étudiants doivent apprendre l’autonomie, qu’ils ne sont plus encadrés comme au lycée,

qu'il n'y a pas de feuille d'appel, que je deviens responsable du résultat de mes études. Je m'accroche, travaille, suis assidu, mais ne décroche mon passage en seconde année qu'à la session de rattrapage. Ce qui m'importe davantage, plus que mes résultats, c'est que j'ai réussi à m'intégrer parmi les autres étudiants.

La seconde année, je partage un petit appartement à Paris avec ma sœur Laurence : nous sommes ainsi tous les deux plus proches de nos établissements respectifs. En parallèle de mes études, je travaille le soir, les week-ends et durant les vacances comme guichetier grandes lignes à la gare du Nord. Mes résultats s'en ressentent. En plus, je mets moins de cœur à l'ouvrage dans mes études car je ne me sens pas au niveau et que je me décourage vite.

Le soir même de la fin des examens, une dizaine d'entre nous se réunit chez un ami pour célébrer l'événement. Je sais pertinemment que j'ai échoué et je veux décompresser. Je me présente avec une bouteille de gin. Je n'ai encore jamais acheté d'alcool de ma vie, ni même consommé. Le premier verre n'a aucun goût mais me fait tousser. L'effet grisant de

l'alcool arrive très vite et je deviens très volubile. Tout au long de la soirée, nous rions beaucoup et j'enchaîne, sans même en prendre conscience, les verres les uns après les autres. À un moment, la bouteille est vide. Je me sens bien, plein d'énergie et j'ai oublié les examens. C'est mon dernier souvenir, je viens de faire un coma éthylique dans le canapé. Je connais deux moments de semi-conscience. Je suis tout d'abord dans une baignoire et l'on m'asperge d'eau froide. Puis, quelqu'un me dépose sur un capot de voiture. Je me réveille le lendemain à midi, dans mon lit, avec une migraine atroce. En rejoignant mes amis à l'université, j'apprends qu'ils ont essayé de me réveiller puis qu'ils m'ont ramené chez moi. L'un d'entre eux a dû me porter sur son dos pour parcourir les sept étages à pieds. Malgré ce qui s'est passé la veille, tout le monde plaisante et reste insouciant, moi le premier. En fait, je me sens presque fier d'appartenir au cercle des gens qui boivent de l'alcool. Dès lors, je consomme de l'alcool, modérément, lorsque je sors.

À la rentrée suivante, tout comme au lycée, mon statut de redoublant me donne une aura supplémentaire. J'élargis mon

cercle d'amis, sèche la moitié des cours et ne cherche que le plaisir immédiat. Je deviens président de deux associations, me fait élire au Conseil d'administration et au Conseil de discipline de l'université, crée un festival de courts-métrages, organise une grande soirée festive. Je ne rentre chez moi que pour dormir. Je commence à boire quelques bières en journée, sans toutefois jamais atteindre l'ivresse. Je connais personnellement plus de 300 étudiants et en côtoie régulièrement plus de 2 000, sur un effectif total de 6 000. Mes amis proches, pour plaisanter, me comparent à un homme politique en campagne lorsque je déambule dans les couloirs ou le hall, distribuant poignées de main et bises à foison. J'ai l'impression d'être le roi du monde.

En fin d'année, mon professeur d'informatique me propose de le rejoindre au Centre informatique de l'université, dont il assure la direction. J'accepte avec enthousiasme. Dans le même temps, je passe le concours pour intégrer la maîtrise d'informatique de gestion, très cotée. Je termine premier. Malheureusement, je ne pourrai pas intégrer cette formation car j'échoue à la session de juin pour obtenir mon DEUG, de

très peu. J'essaye de négocier avec ma directrice mais celle-ci refuse tout net. On me propose alors une inscription directe dans la même maîtrise, mais à Orsay, en m'expliquant que le jury sera favorable à mon égard en septembre. Je refuse car je veux rester dans cette université où je me sens à l'aise. Je passe l'été entre mon travail à la SNCF et les révisions et décroche mon diplôme en septembre. Désormais, je n'ai qu'une idée en tête : continuer dans la filière des mathématiques et mettre le plus de bâtons possibles dans les roues de sa directrice.

Je me concentre dorénavant sur le Centre informatique. Pendant deux semaines avant la rentrée universitaire, j'enseigne les bases de la programmation aux étudiants de première année en gestion. C'est huit heures par jour, cinq jours par semaine, mais cela représente un salaire colossal pour moi puisqu'il est identique à celui des enseignants de plein droit. Au Centre, l'ambiance est chaleureuse et détendue, tout en restant très professionnelle. J'y apprend énormément de choses. Il y a même un réfrigérateur constamment rempli de bières. Je ne vais plus en cours : je suis inscrit en licence uniquement pour bénéficier d'une carte d'étudiant. Je bois pendant la journée,

soit au Centre, soit dans les associations. Et je bois les soirs de semaine avec des amis dans un pub irlandais qui devient notre lieu de rencontre privilégié. Le week-end, je reste sobre et continue de vendre des billets de train à la SNCF. À la fin de l'année, bien évidemment, je redouble.

L'année suivante, je double le nombre d'heures travaillées au Centre informatique, ce qui me permet de quitter mon boulot à la SNCF le week-end. Je passe le relais dans les deux associations que je préside. Désormais, tout mon temps est consacré au Centre. Ma consommation de bière en journée augmente, ce qui ne m'empêche pas de rédiger les supports de cours d'informatique pour les étudiants de DEUG de mathématiques appliquées. Je suis également appelé à corriger des copies d'examen et à faire passer des soutenances de projet. Je me rends compte que l'enseignement me passionne et que finalement, je peux faire de l'informatique mon métier. Cette année encore, je redouble. En fait, je ne me suis même pas présenté à toutes les épreuves.

L'année suivante, je m'inscris pour la troisième fois en licence. Je suis donc toujours étudiant. Le directeur du Centre me présente

à son neveu, patron d'une petite entreprise d'informatique. Ce dernier m'embauche comme chef de projets. Grâce à ce nouveau statut, je deviens en plus enseignant vacataire dans mon université. J'y assure à la fois des cours magistraux et des travaux dirigés, parfois à des étudiants plus âgés et plus diplômés que moi. Je me sens bien, j'ai l'impression de réussir. En parallèle, ma consommation d'alcool augmente. Je me sens grisé mais n'atteins pas l'ivresse. Je continue à sortir le soir, mais de moins en moins. Afin de prolonger l'effet de l'alcool ingurgité pendant la journée, je commence à boire du pastis le soir, chez moi, seul. À aucun moment je n'ai de problème pour me réveiller le matin : mon métabolisme est désormais entraîné et peut éliminer en seulement quelques heures ce que j'avale. De plus, j'ai l'impression que le pastis du soir me donne plus d'inspiration dans la composition musicale, activité que j'ai débutée six ans plus tôt. À la fin de l'année, je n'obtiens toujours pas mon diplôme.

En octobre 1994, je suis salarié depuis près de deux ans et je ne m'occupe que des cours de pré-rentrée. Je dois en effet partir pour effectuer mon service militaire. Curieusement, ces

dix mois représentent une période de quasi abstinence.

À la fin de mon service, je retrouve mon emploi. Je ne bois plus en journée, à l'exception d'un peu de vin au déjeuner. Par contre, j'augmente les doses de pastis le soir, chez moi. Je ne sors plus, je m'isole. Mes seuls contacts sont professionnels.

En 1996, la société où je travaille fait faillite. Quelques mois plus tard, je déménage à Perpignan avec un ancien collègue. Un autre collègue reste en région parisienne. Tous les trois, nous créons une nouvelle société suite à un accord de partenariat avec un gros éditeur de Barcelone pour développer un CD-ROM multimédia. Les premiers mois, le travail avance bien et l'argent rentre. De mon côté, un rituel s'est installé, facilité par le fait que je travaille depuis chez moi. Dès 18 heures, je sors dans les pubs que je connais bien et où je ne paye que très peu des verres que je consomme. Vers 23 heures, sans avoir mangé, je rentre chez moi et je m'attaque à la fois au pastis et à la composition musicale. Au début de 1998, les affaires vont mal : nous ne trouvons plus de clients. À partir de ce moment, je commence à boire du pastis en journée. Je continue à sortir tous les soirs, de plus en plus tard, souvent toute la nuit, car

je ne paye quasiment aucune consommation. À ce titre, je pense que je suis quelqu'un d'apprécié et d'important, et cela flatte mon ego. Pour gagner un peu d'argent, je vends quelques morceaux de musique à des boîtes de nuit. Je vis désormais avec l'alcool constamment à mes côtés. Je suis en permanence sous ses effets, de plus en plus souvent ivre. Comme je ne ressens aucun signe physiologique, que je n'ai alors aucune idée de ce que peut être la dépendance, je m'imagine en surhomme, capable d'encaisser les boissons avec aisance. Les seules choses que je m'interdis, c'est de conduire sous l'emprise de l'alcool ou de monter dans le véhicule de quelqu'un en état d'ébriété.

En 1999, la société fait faillite. Je remonte à Paris et m'installe dans un appartement appartenant à mes parents, en leur payant un loyer. En trois jours, je décroche un emploi. Je suis à nouveau chef de projet mais dirige désormais une équipe de sept personnes. Je consomme alors du vin au déjeuner et une quantité grandissante de pastis le soir. Pour la première fois de ma vie, j'arrive plusieurs fois en retard sur mon lieu de travail.

Au début de l'an 2000, suite à de nombreux différends avec le PDG sur la façon de conduire mon projet, je démissionne, imité par deux de mes collaborateurs. Au bout d'une semaine, j'ai déjà trouvé un nouvel emploi, dans une entreprise plus importante, avec un salaire bien plus élevé. On m'y confie des missions à haute responsabilité, mais je m'y ennue. Au bout de quelques mois, ma consommation a tellement augmenté que je commence à ressentir les effets du manque en pleine journée. J'invente alors toutes les raisons imaginables pour rentrer chez moi et me jeter sur la bouteille. Très vite, je ne viens plus travailler certains jours, parfois un mois entier. Je suis renvoyé pour abandon de poste. Nous sommes en avril 2001 et c'est la première fois que l'alcool me cause un problème sérieux.

Pendant presque deux ans, je vais profiter égoïstement de mes allocations chômage plus que suffisantes pour m'adonner à mes deux passions : la musique et la boisson. Je consomme pratiquement un litre de pastis par jour, mon rythme de vie n'est plus calé sur les cycles jour/nuit, je ne mange quasiment plus. Je suis 24 heures sur 24 sous l'effet de l'alcool et je ne me

pose aucune question sur ma consommation.

Début 2003, alors que je viens de reprendre un travail uniquement parce que ma période d'indemnisation arrive à terme, je sors dans le commerce un album de trip-hop qui se vendra à 700 exemplaires et dont certaines chansons seront diffusées à la radio. J'ai composé la musique et écrit les paroles sous alcool, et le résultat est pourtant bon. Je me persuade alors que la boisson est la source de mon inspiration et qu'elle me permet de mieux exprimer les sentiments que je souhaite partager.

Entre 2003 et fin 2004, ma consommation du soir diminue un peu car je suis fatigué par mes journées de travail. Je fais l'objet d'un licenciement économique car je refuse une baisse temporaire de 20% de mon salaire. Je me retrouve à nouveau au chômage, toujours très bien indemnisé, et retourne à mes anciennes habitudes : alcool toute la journée. C'est à cette période que ma famille découvre l'ampleur de ma consommation et commence à me considérer comme un alcoolique. Mes parents me prennent un rendez-vous chez un alcoologue. Je m'y rends, mais ne comprends rien à ce qu'il

me raconte : je ne me considère pas malade.

Un soir, un ami m'appelle et me demande si je suis intéressé pour le rejoindre à Tarbes, où il vient de créer son entreprise. Je reste chez moi deux jours pour dégriser, remplis trois valises, prépare deux ordinateurs et prends la route de nuit.

À mon arrivée à Tarbes, mon ami m'héberge chez lui et nous nous mettons immédiatement au travail. Je reste abstinent pendant trois mois, travaillant 20 heures par jour, jusqu'à ce que le logiciel que nous concevons soit achevé. Le 1er janvier 2006, je reprends un verre. Dès le lendemain, j'accompagne mon ami dans les bars pour boire parfois plus de cinq litres de bière par jour. Chez lui, il y a toujours de la bière et du vin. Au bout de quelques semaines, je profite de ses sorties lorsqu'il fait des démonstrations du logiciel pour acheter du pastis. C'est un homme qui se couche de bonne heure et dès qu'il s'est enfermé dans sa chambre, j'attaque le pastis. Du côté des affaires, c'est la catastrophe. Mon ami vit grâce à ses économies et ma période d'indemnisation touchant à sa fin, je m'inscris au RMI. Je constate que j'ai commencé à plonger mais ne fais aucun lien avec ma consommation. Je bois

effectivement beaucoup mais ne me considère pas malade, encore moins dépendant.

En avril 2007, je quitte mon ami et déménage pour Biarritz, d'où j'ai reçu une offre d'emploi par l'intermédiaire d'une connaissance à Tarbes. Lors de mon entretien d'embauche, je suis surpris par une question : le patron me demande si j'ai un problème avec l'alcool. Je nie bien évidemment avec la plus grande fermeté. Je suis embauché, à un salaire bien en-dessous du SMIC, pour travailler 60 heures par semaine. Mais j'ai besoin de cet emploi. En échange, on me fournit le logement, l'eau, l'électricité, internet et le téléphone portable illimité. Mon appartement se situe dans le même bâtiment que les bureaux de l'entreprise et que l'appartement de mon nouveau patron, et cela va très rapidement me poser des problèmes. Mon patron, qui travaille beaucoup et est très généreux de petits cadeaux, est aussi quelqu'un d'obtus, désorganisé et caractériel. Il n'hésite pas à m'appeler et m'envoyer des textos en pleine nuit et le week-end, voire frapper à ma porte pour me parler de travail. Très vite, je me sens harcelé mais ne parviens pas à m'en ouvrir à lui. Dès la

fin de ma journée de travail, je me précipite vers la supérette à côté et achète du pastis. Je me réfugie dans mon produit de prédilection afin de m'anesthésier et oublier ma journée. Au fil des semaines, je me renferme sur moi-même et deviens taciturne.

Mon travail n'en souffre pas encore mais les réveils deviennent de plus en plus difficiles. Je commence à boire le midi pour effacer les signes du manque. Je remarque également que les regards que les autres portent sur moi ont changé : ils me paraissent à la fois suspicieux et inquiets. Les gens n'arrêtent pas de s'enquérir de mon état de santé. En octobre 2007, je commence à prendre conscience que j'ai peut-être un problème avec l'alcool et qu'il faut que cela change. Un samedi soir, j'invite mon patron chez moi. Lorsqu'il arrive, j'ai un verre à la main, la bouteille bien en évidence, et mon ébriété est déjà bien avancée. Nous avons une discussion franche, calme, et j'explique mon problème de consommation. Mon patron me répond qu'il ne comprend rien à ce problème, ne buvant lui-même pas d'alcool, mais qu'il va tout faire pour m'aider à m'en sortir. Je lui demande s'il accepte de m'accompagner

chez mon médecin traitant le lundi suivant ; il est d'accord. Pendant notre discussion, j'ai enchaîné les verres devant lui, terminant la bouteille de pastis. Mes propos sont néanmoins restés clairs et cohérents. Nous décidons tout de même, vers minuit, d'aller ensemble aux urgences. Je suis surpris et heureux d'un tel soutien. Aux urgences, on m'annonce que j'ai presque 7 grammes d'alcool dans le sang. Je m'étonne, car je tiens debout et suis capable de marcher et de m'exprimer. À aucun moment je ne prends peur ou conscience des risques. Je repense à toutes ces fois où j'ai pris ma voiture en pensant aller bien, en contradiction avec la promesse que je m'étais faite. Les médecins me laissent partir avec une ordonnance, une boîte de Valium et un protocole à suivre en attendant que je voie mon médecin.

Le lendemain, je ne prends pas les comprimés et bois à nouveau une bouteille de pastis. Le lundi matin, jour de mon rendez-vous chez le médecin, je vais très mal : sueurs, nausées et tremblements. Je me précipite sur une nouvelle bouteille et enchaîne plusieurs verres. Lorsque je rencontre mon médecin, celui-ci me propose une entrée en urgence

dans une clinique psychiatrique. Je suis réticent : je pense au film *Vol au-dessus d'un nid de coucou*. J'accepte finalement, sous la pression du médecin et de mon patron. Le lendemain, j'entre à la clinique. On commence par me faire un arrêt de travail de deux semaines puis on m'accompagne à ma chambre. Après m'avoir posé quelques questions, on me laisse seul : à moi de me débrouiller. Je ne parviens pas à aller vers les autres, qui eux non plus ne m'approchent pas. Je ressens les effets du manque d'alcool, je suis au bord des larmes, je me sens abandonné. Je n'ai qu'une envie : sortir de cette prison et reconsommer. Dès le lendemain, je signe une décharge malgré le discours du psychiatre qui tente de me raisonner. Je rentre donc chez moi, sans prévenir quiconque que je suis sorti de la clinique. Je veux arrêter l'alcool, ou au moins maîtriser ma consommation, mais à ma manière. Pendant les 15 jours où tout le monde me croit en clinique, je reste enfermé chez moi, dans le noir, sortant avec précaution pour ne pas me faire repérer. Jour après jour, je réduis ma consommation jusqu'à l'arrêt total, et je reprends mon boulot, faisant croire que j'ai été sevré à la clinique.

Pendant deux ans, j'alterne les périodes de consommation, modérée en semaine et plus forte les week-ends, avec des périodes d'abstinence d'une à trois semaines. J'ai commencé à utiliser le Valium pour tenir le coup quand je ne bois pas. Je me renseigne sur l'alcoolisme et apprend que c'est une maladie. Je revis mes années de consommation avec un œil neuf mais ne songe pas à me rétablir : si c'est une maladie, je n'y peux rien et je peux donc continuer à consommer. Je me voile totalement la face et me trouve des excuses et des prétextes pour tous mes faux pas et mes excès.

En octobre 2009, j'ai retrouvé une consommation excessive et non maîtrisée. Je prends enfin conscience de ma dépendance et appelle directement la clinique que j'ai quittée précipitamment deux ans plus tôt. J'y passe deux semaines pour un sevrage. L'établissement n'est ni spécialisé ni adapté aux addicts. Seul un alcoologue dispense un cours théorique d'une heure une fois par semaine. Je parviens à mieux m'intégrer et les autres patients se cotisent même pour m'offrir un cadeau le jour de mon anniversaire. Une semaine après ma sortie, je rechute. Je réintègre la même clinique, à nouveau pour deux semaines. Il

n'y a ni groupe thérapeutique ni préparation à la sortie. Tout se résume à un sevrage physique.

De retour au travail, mon employeur souhaite toujours me garder dans la société car j'y rapporte de l'argent, mais il ne me fait plus confiance. Pendant quelques mois, j'arrive à contrôler ma consommation, même si elle reste quotidienne. Dans le même temps, je découvre ce médicament que beaucoup prétendent miraculeux : le Baclofène. Le psychiatre que j'ai finalement consenti à consulter et qui m'a diagnostiqué dépressif sévère depuis plusieurs années accepte de m'en prescrire, mais sans dépasser la dose autorisée. Je continue donc de consommer, sans complexe, puisque le Baclofène est là pour me protéger. Bien évidemment, je rentre dans une spirale infernale et la rechute est lourde. Je quitte le bureau plusieurs fois par jour pour passer chez moi et boire un ou deux verres. Cette fois, le produit me tient vraiment, je suis prisonnier, je n'imagine même pas pouvoir m'en sortir, je me laisse aller, guidé uniquement par mon besoin d'alcool. Mes parents, qui n'acceptent pas encore que je suis malade, ne me sont d'aucun secours. Nos rapports se détériorent encore

plus.

En juin 2010, alors que l'on m'affuble d'une ALD<sup>10</sup>, je rentre pour la quatrième fois dans la même clinique, cette fois-ci pour un mois et demi. Après deux semaines de sevrage, j'enchaîne les entretiens avec le personnel soignant et le psychiatre. En parallèle, j'écris. Je noircis des cahiers entiers avec mon vécu, mes expériences et surtout mon ressenti de chaque instant. C'est à la fois un carnet de bord, un itinéraire de vie et un témoignage. Peu à peu, je commence à lâcher prise. Bien souvent, lorsque je discute de mes écrits avec une infirmière, je m'effondre en larmes. À l'issue de mon séjour, je me sens confiant et prêt à affronter le monde extérieur. Le soir même de ma sortie, je consomme à nouveau. Le lendemain matin, je suis à l'accueil de la clinique, mes sacs même pas défaits à la main, une portière de ma voiture enfoncée. On accepte de me prendre en charge. Je reste deux mois supplémentaires à travailler sur moi et la gestion de mes émotions. À ma sortie, je suis cette fois-ci méfiant. J'arrive à ne pas boire, mais je reste en arrêt maladie, même si j'effectue quelques travaux

---

10. Affection longue durée

occasionnels pour ma société.

Une semaine après ma sortie, j'entame une relation avec une femme rencontrée à la clinique ; elle n'est pas addict. Je suis alors parfaitement heureux. Un mois après, elle fait une tentative de suicide à cause de son divorce en cours, qu'elle a du mal à gérer. Je suis démolé et plutôt que de la soutenir dans cette épreuve, je sombre à nouveau, pour oublier la réalité du quotidien. Je deviens une épave : je ne mange plus, je ne me lave plus, je ne me rase plus, je ne me change plus. Une seule chose m'obsède : toujours avoir de l'alcool en quantité chez moi. Je ne réponds plus au téléphone, aux textos, aux mails. Je ne donne aucune nouvelle à personne. Si quelqu'un frappe à ma porte, c'est à peine si je regarde à travers les volets fermés pour voir de qui il s'agit.

Au bout de trois semaines, une amie, inquiète, se présente devant chez moi. Je ne sais toujours pas pourquoi je lui ai ouvert ; peut-être l'instinct de survie. Elle me parle mais je n'entends rien, enfermé dans une bulle cotonneuse et comateux. Je suis en caleçon et t-shirt, avec mon peignoir par-dessus. Elle ouvre mon armoire et remplit un sac avec

des vêtements, puis m'habille. Elle prend mon téléphone portable et mes clés puis m'aide à m'asseoir dans sa voiture. Elle m'emmène chez elle, où elle me fait prendre une douche, puis me couche dans son lit. Je m'endors immédiatement, sans un remerciement, sans un mot, sans même me rendre compte qu'elle vient de me sauver la vie. Le lendemain, je me réveille en sueur, tremblant de partout. Elle me donne trois comprimés de Valium. Je me rendors une heure après.

Pendant deux semaines, elle va ainsi s'occuper de moi, de mon sevrage, sans rien attendre en retour, seulement que j'aille mieux. Je reste chez elle afin de ne pas être seul. Au début du mois de février 2011, mon employeur me demande de libérer mon appartement avant la fin du mois. Le divorce est consommé : il ne peut pas me renvoyer car je suis en arrêt maladie, donc il me fait comprendre qu'il ne veut plus rien avoir à faire avec moi. Avec l'amie qui m'héberge, nous nous installons en colocation à Bayonne. Tout se passe très bien pendant un mois. Mais mes vieux démons me rattrapent. Je ne fais rien de mes journées, et juste pour les faire passer plus vite, alors qu'aucun événement extérieur ne m'affecte, je

recommence à consommer. Mon amie travaille la journée et se couche de bonne heure, je suis donc tranquille pour boire. Par contre, n'étant plus seul dans l'appartement, je cache les bouteilles. Très rapidement, je ne parviens plus à masquer mon ébriété permanente et m'isole de plus en plus, allant jusqu'à m'enfermer à clé dans ma chambre. Finalement, je me rends chez mon nouveau médecin traitant, accompagné de mon amie ; il me fait rentrer dans une nouvelle clinique psychiatrique. J'y reste huit semaines et la thérapie se résume aux entretiens avec les équipes soignantes, les discussions enfumées avec les autres patients et les parties de cartes et de ping-pong. Je sors de cette cure comme les autres fois, plein de confiance et insouciant. Le seul changement, c'est que je me rends aux réunions des AA chaque semaine, pendant trois mois. Je m'y présente très souvent alcoolisé. Les membres du groupe sont avenants et pleins de promesses, mais ils ne m'aideront jamais lorsque je les appellerai lors de moments difficiles. Je cesse d'assister aux réunions et rechute gravement à nouveau. Je retourne en clinique pour six semaines, tout en sachant que je n'y apprendrai rien de nouveau.

Depuis 2009, j'oscille entre alcoolisation et hospitalisations. Je ne sais plus quoi faire, donc je choisis la facilité : la consommation. Cela fait 20 ans que je consomme de façon immodérée et continue, et je n'ai aucune séquelle irréversible. Alors pourquoi ne pas continuer ?

En novembre 2011, mon amie m'annonce qu'elle ne peut plus vivre dans ces conditions et qu'elle veut quitter l'appartement. J'accepte après quelques timides supplications : j'ai même déjà en tête le nom de quelqu'un pour la remplacer. En décembre, la situation est aussi catastrophique, voire pire, qu'à la fin 2010. Ma vie se déroule sur 4 m<sup>2</sup>, entre mon ordinateur et mon lit, et je me sers les pastis dans des choppes à bière d'un demi-litre. Mes parents, depuis la région parisienne, prennent la décision d'agir. Mon père descend en voiture à Bayonne pour me chercher. Durant le trajet du retour, afin d'éviter les effets du manque, je voyage avec une bouteille de pastis. Arrivé chez mes parents, je m'endors après les avoir suppliés de me donner une dernière bière. Le lendemain matin, j'appelle SOS Médecins car je n'ai ni alcool ni Valium à disposition. Le médecin qui se présente ne connaît rien à

la maladie alcoolique. Il me prescrit trois comprimés par jour pendant une semaine puis la suppression d'un comprimé tous les deux jours. Cela représente 26 comprimés sur une période de 11 jours et c'est très insuffisant par rapport à mon état et mon métabolisme. J'en fait part au médecin, qui ne revient pas sur son ordonnance.

Je vais alors connaître l'enfer d'un sevrage mal préparé. Je suis tellement en colère, malade et désemparé que je ne pense même pas à faire appel au SAMU ou aux pompiers pour me conduire aux urgences. Mes parents m'ont confisqué mes clés, mon argent liquide, ma carte bancaire et mon chéquier ; ils me distribuent le Valium selon la prescription du médecin. J'ai l'impression de devenir fou. Mes parents me forcent à manger, à marcher. Ils veulent que j'aille mieux mais je ne veux pas le reconnaître.

Après deux semaines, je retourne voir l'alcoolologue que j'avais rencontré en 2005. Il me parle de bipolarité et me prescrit un régulateur d'humeur, en plus de l'antidépresseur que je prends depuis 2010. Je lui parle de Baclofène et il accepte de me le prescrire en suivant le protocole établi par une étude en

double-aveugle qui va bientôt démarrer.

En février 2012, je rejoins la mairie de Bussy-Saint-Georges, une ville nouvelle de 25 000 habitants en pleine expansion démographique située près de Marne-la-Vallée, en qualité de directeur informatique. C'est un poste stratégique à haute responsabilité et le salaire est conséquent. Il y a là-bas tout à faire ; le défi m'enchanté et je me donne à fond pour le travail, malgré les quatre heures de trajet en transports en commun chaque jour. L'alcool me semble loin.

Au bout de quelques mois, des tensions apparaissent entre le maire et moi. Il n'apprécie pas que je fouille de trop près dans certains dossiers de prestataires privilégiés et me le fait savoir. Je n'en ai cure et poursuis mon travail d'organisation et de nettoyage, encouragé par l'ensemble des services de la mairie. Le maire devient de plus en plus pressant à mon égard, à la limite de la menace. Je commence à consommer de nouveau, le soir, en cachette de mes parents. Petit à petit, j'en reviens à consommer également le midi, puis le matin juste avant d'arriver à la mairie. Au mois de juin 2012, je m'absente régulièrement en journée pour prendre une bière

ou deux dans le bar d'en face. J'ai de la chance : je n'y croise à aucun moment un personnel de la mairie. J'arrive à assurer ma tâche au travail donc personne ne s'inquiète. En juillet, même si je prends déjà 180 mg de Baclofène par jour, ma consommation est énorme. J'en arrive à introduire de l'alcool dans mon bureau. La dernière semaine de juillet, je ne rentre plus le soir chez mes parents, inventant toutes sortes de prétextes. Je dors soit aux urgences, soit à l'hôtel. J'abdique finalement et demande un arrêt de travail à mon alcoologue. Dès le lendemain, je pars avec mes parents en Bretagne, où ils possèdent une maison, pour y passer le mois d'août sous surveillance. Ils me confisquent à nouveau mes clés et mes moyens de paiement. Je reste abstinent tout le mois d'août. Pendant ce temps, le maire de Bussy a décrété que j'étais devenu indésirable à la mairie et que mon CDD ne sera pas renouvelé. À la fin de mon arrêt de travail, je suis donc payé pendant encore plusieurs mois à ne rien faire. Dès mon retour de Bretagne, je bois à nouveau. Mes parents n'ont aucune preuve de ma consommation mais des doutes très sérieux. Commencent alors les fouilles dans ma chambre et lorsque je rentre après une sortie.

En juin 2013, j'en suis à 270 mg de Baclofène par jour et rien n'a changé dans ma consommation. Je sens que je vais toucher le fond et demande à mon nouvel alcoologue, qui est également psychiatre, de me faire hospitaliser dans un centre spécialisé en alcoologie. Je fais une cure de cinq semaines. J'y apprend beaucoup de théories, mais la majeure partie de la journée est occupée par les jeux de cartes, le ping-pong, la pétanque, les discussions avec les autres patients et les foudres.

À la sortie de la cure, je rejoins mes parents en Bretagne pour y passer le mois d'août. Au bout de dix jours, je recommence à consommer. Mes parents n'ont encore une fois que des doutes, jusqu'au jour où mon père me surprend à la terrasse d'un bar, à moins de 200 mètres de la maison. Il me regarde tranquillement terminer la bouteille de vin que j'ai commandée puis me raccompagne à la maison. Nouvelle confiscation de mes clés et de mes moyens de paiement. Mes parents découvrent également des reçus de carte bancaire et les montants exorbitants qui y sont inscrits.

À mon retour de Bretagne, mes parents ont accepté de me

laisser, à titre gratuit dans un premier temps, un appartement qu'ils possèdent à Saint-Germain : ils ne veulent plus me voir alcoolisé et ne veulent plus que je consume sous leur propre toit. Je rapatrie donc mes meubles restés à Bayonne et m'installe dans mon nouveau chez-moi. Plutôt que de chercher du travail, je m'isole chez moi et recommence la spirale infernale de la consommation en continu. En deux semaines, je dépense plus de 3 000 euros sur internet. Je ne m'arrête que parce que j'ai dépassé le seuil de mon découvert autorisé et que mes paiements par carte sont refusés. Il ne me reste plus que les espèces que j'ai sur moi pour acheter de l'alcool. Paniqué, j'appelle ma banquière et invente un prétexte pour qu'elle relève le niveau de mon découvert autorisé. Elle accepte, mais pour une période de trois mois seulement. Ma priorité étant la consommation, j'arrête le jeu. Mes journées s'enchaînent, rythmées par mes envies et besoins d'alcool : consommation, achat du précieux poison, effondrement dans mon lit. Tout ceci sans manger, me laver, me raser, me changer, et sans faire même attention s'il fait jour ou si c'est la nuit.

Fin novembre 2013, effondré moralement, en pleurs, j'appelle le psychiatre qui m'a suivi lors de ma cure de juillet pour lui demander de l'aide. Il m'invite à rejoindre le centre. J'y retourne tout le mois de décembre, y passant Noël et le jour de l'an. L'ambiance n'est plus la même qu'en juillet et je m'isole plus. À la fin de ma cure, j'intègre l'hôpital de jour, après avoir passé une semaine chez moi pour consommer. Je vais deux semaines à l'HdJ, consommant le week-end, parfois même les soirs de semaine. À aucun moment on ne me détecte positif lorsque j'arrive le matin. Puis, j'appelle l'HdJ chaque matin pendant deux semaines, pour dire que je suis malade : gastro, grippe, tout y passe. Finalement, je me résous à leur avouer que j'ai rechuté. Ma nouvelle alcoologue, qui a succédé à l'ancien au centre ELSA, prend les choses en mains : elle m'envoie le SAMU, me fait passer en priorité aux urgences et me réserve un lit à l'hôpital pour un sevrage de dix jours. Elle passe me voir tous les jours. Je me remets vite, bien plus vite que je ne l'aurais imaginé.

Trois heures après ma sortie, je suis déjà ivre chez moi. Une semaine après, j'appelle à nouveau mon alcoologue au secours

et elle répète les mêmes choses que la fois précédente. Les premières 24 heures aux urgences, on me donne 32 comprimés de Valium, tant les symptômes de manque sont violents. Au bout de deux jours, je rejoins à nouveau l'hôpital, sur un brancard, perfusé et honteux. Le personnel soignant, qui me reconnaît immédiatement, ne me juge pas et vient régulièrement prendre de mes nouvelles, discuter avec moi et me reconforter. Je me sens misérable et j'ai du mal à me remettre sur pieds. La seule bonne nouvelle, c'est qu'à cause de mon état et incapable de marcher et même de simplement me tenir debout pendant quatre jours, j'ai arrêté de fumer ; c'est toujours le cas à ce jour.

Mon alcoologue me rend visite tous les jours et nous parlons de mes motivations pour atteindre l'abstinence et entrer en voie de rétablissement. Elle me suggère le CPO et je me renseigne sur le modèle Minnesota. Je reste sceptique, à cause de ma mauvaise expérience avec le groupe AA de Bayonne. J'accepte finalement, me disant que je ne perds rien en tentant une nouvelle approche thérapeutique et en lisant les statistiques sur les résultats du programme. J'en profite également pour

faire un point sur ma vie de dépendant, réalisant enfin tout ce que j'ai raté et perdu, et surtout tous les dégâts irréparables que j'ai occasionnés chez mes proches. Je pleure tous les jours, relâchant peu à peu ce que je retenais prisonnier en moi depuis des années. Remarquant mon changement de comportement, mes parents redeviennent un soutien pour moi. Je pleure devant eux et cela me fait du bien.

En quittant l'hôpital, je vais directement au SSR de Poissy, afin d'éviter les tentations avant mon entrée au CPO. J'y fais de la rééducation, ce qui permet de réveiller des muscles qui dormaient depuis trop longtemps.

Arrivé au CPO, je m'étonne de l'accueil chaleureux des autres patients. Je me sens rassuré et serein. Désormais, c'est à moi de m'impliquer, avec l'aide du groupe, car je suis seul responsable de mon rétablissement.



# Au-revoir

---

*L' « au-revoir » est le dernier texte écrit par les patients. Il est rédigé à l'issue du programme de rétablissement au CPO, environ huit semaines après l'entrée dans l'établissement. Il permet de présenter son parcours dans le début de rétablissement, au sein du CPO. J'ai rédigé ce texte au CPO en juin 2014.*

J'ai 43 ans et j'ai passé plus de la moitié de ma vie à consommer de l'alcool en grande quantité. Cette dernière année, chacune de mes journées a été rythmée par les bouteilles. Je n'ai vécu qu'à travers l'alcool. Mes seules périodes d'abstinence ont eu lieu lorsque j'étais aux urgences, à l'hôpital ou en cure. Le 28 février dernier, j'ai touché mon fond. Si je poursuivais dans cette voie, je ne voyais qu'une issue possible : la mort à très court terme. J'ai eu peur. Une peur que je n'avais jamais connue avant. J'ai appelé mon alcoologue en pleurs. Elle m'a envoyé les pompiers et je me suis retrouvé aux urgences pour la énième fois, puis à l'hôpital, pour mon troisième sevrage en un mois et demi.

À l'hôpital, j'ai eu la visite de mon alcoologue tous les jours.

Ensemble, nous avons fait un point sur mon historique de consommation, ses causes et ses conséquences. Elle m'a parlé du CPO, me disant que cela valait le coup d'essayer. En consultant différents sites sur internet, j'ai appris l'existence du modèle Minnesota, ce programme apporté et porté par les Alcooliques Anonymes. J'ai d'abord été réticent à venir au CPO, à cause de mes souvenirs de réunions AA. Je me suis finalement décidé à franchir le pas, je n'avais plus rien à perdre. De toutes façons, je pouvais signer une décharge si je n'adhérais pas à la thérapie.

Je suis donc arrivé au CPO après trois semaines de sevrage. Ma plus grande surprise a été de constater la densité du programme thérapeutique proposé ici : enfin un établissement où je n'allais pas passer mes journées à me tourner les pouces ! L'accueil de la part des autres patients a été fabuleux. Ils ont tout fait pour me mettre à l'aise. Après une semaine passée à observer les patients et les thérapeutes, j'ai commencé à participer de plus en plus lors des groupes de travail. Peu à peu, je me suis ouvert, je me suis dévoilé, j'ai partagé, j'ai écouté, je me suis identifié. J'ai mis des mots sur mes comportements,

j'ai accepté ma maladie. Et surtout, je me suis rendu compte que je ne pouvais pas mener mon rétablissement à bien en restant seul. J'ai constaté l'importance, la nécessité du groupe, au Centre ou aux réunions. Et je me suis senti bien, heureux dans cette abstinence pourtant toute jeune.

Aujourd'hui, je m'autorise même à être optimiste ! Bien sûr, je reste lucide : je reste malade et la rechute n'est pas à exclure. Alors je vis au présent, 24 heures à la fois. Je pose chaque jour des actes et je ne me triture pas l'esprit avec des choses que je ne peux pas changer. Je m'occupe de moi, mon rétablissement est ma priorité.

Je quitte aujourd'hui les groupes mais je reste au Centre encore quelques temps. J'ai établi mon planning de réunions pour les trois premiers mois que je passerai à l'extérieur. Je continuerai à rencontrer mon alcoologue et ma psychologue régulièrement. J'irai au CSAPA de chez moi. J'irai jouer au ping-pong en club. Je me remettrai au piano et à la composition musicale. Peut-être même que je recommencerai à pratiquer le bilboquet acrobatique... La reprise du travail attendra : j'ai réussi à ne pas aller travailler lorsque je consommais, je

vais bien réussir à ne pas chercher un emploi quand je suis abstinent ! Mon rétablissement passe désormais avant tout le reste !

J'ai eu énormément de chance d'avoir été accepté au CPO. J'ai une immense gratitude envers vous, le groupe, et envers vous, les thérapeutes. Selon les statistiques officielles, seule une personne sur sept parmi nous va s'en sortir. Cela paraît peu mais c'est dix fois plus que si nous n'étions pas passés par le CPO. Alors mettez toutes les chances de votre côté ! Prenez tout ce qui vous est offert, allez en réunion, soyez honnêtes, ouverts d'esprit et faites preuve de bonne volonté. Vous seuls êtes responsables de votre rétablissement. Vivez 24 heures à la fois et conservez toujours un lien avec les autres. Peut-être qu'en agissant ainsi, nous allons tous ensemble faire remonter les statistiques...

# Devenir messenger, un premier pas vers la pair-aidance

---

*J'ai publié ce texte une première fois en avril 2020, dans un groupe Facebook réservé aux patients hospitalisés ou sortis du CPO. Je l'ai légèrement modifié en avril 2021 pour qu'il soit publié sur le blog En tant que telle<sup>11</sup>.*

Lorsque je suis arrivé au Centre de Psychothérapie d'Osny (CPO), après 24 ans de consommation et une bonne douzaine de cures, j'ai découvert quelque chose de nouveau pour moi : les groupes de parole. C'était la première fois que je pouvais écouter d'autres dépendants et surtout, la première fois que je pouvais parler à d'autres dépendants.

Je m'étais déjà rendu dans le passé à quelques réunions des Alcooliques Anonymes, mais je n'avais rien retiré de ces expériences. D'abord parce que j'étais généralement alcoolisé lorsque j'y allais, et ensuite parce que j'avais l'impression d'assister à la réunion de membres d'une secte, qui en plus

---

11. <https://entantquetelle.com/>

avaient l'air de tous bien se connaître. Je faisais un tel blocage que je ne me suis pas aperçu que l'intérêt de ces groupes résidait dans l'échange, et non dans les gens.

Au CPO, j'ai d'abord expérimenté les groupes de parole à la clinique, entouré d'autres patients que j'avais l'habitude de croiser dans les couloirs et au réfectoire, avant même d'intégrer les groupes. Ces premiers groupes de parole, ça a été les « messages »...

En face de moi, j'ai vu un dépendant qui exposait sa vie de dépendant. Sans fard, sans honte, sans crainte du jugement. Et ça a été pour moi une révélation : la personne qui se tenait face à moi racontait sa transformation, parfois sa métamorphose. Son parcours de vie était toujours différent du mien, mais je retrouvais également énormément de similitudes dans nos parcours de dépendants : je pouvais m'y identifier. Et ce faisant, j'ai commencé à relativiser sur mon propre cas : je n'étais plus seul. J'ai donc commencé à écouter, à écouter vraiment.

Ç'a été mon déclic...

Depuis que je suis sorti du CPO, il y a presque sept ans, je ne manque pas une occasion d'y retourner pour, à mon tour, jouer le rôle du messenger. Pour deux raisons.

La première raison est classique : je veux essayer, à mon petit niveau, de « rendre » une partie de ce que j'ai reçu. Je veux essayer d'expliquer aux patients qu'il est possible d'arrêter et que cet arrêt peut durer, toujours 24 heures à la fois. Je veux essayer de leur expliquer que mon passage au CPO m'a permis de changer, de me transformer, de me métamorphoser, de renaître. Et que cette transformation est toujours en cours, parce que j'ai choisi de la poursuivre, parce qu'elle me permet de vivre, et de vivre heureux. Je veux essayer de leur expliquer qu'il n'y a pas de cas désespéré, que le programme fonctionne. Je veux essayer de leur expliquer que ce n'est pas si difficile de surmonter ses problèmes d'addiction ; que ce qui est difficile, c'est de choisir de le faire ; et qu'ils ont déjà franchi un cap important en choisissant de venir au CPO. Je veux essayer de voir dans le regard de ces patients la lueur que j'ai moi-même eue lorsque j'assistais à des messages. Je veux essayer de leur faire comprendre qu'ils et elles ne sont plus seuls...

La seconde raison est beaucoup plus égoïste : à chaque fois que je retourne au CPO, cela me fait du bien. À moi. Parce que je me revois quelques années avant, dans cette même pièce, à la place des patients. Parce que je me revois, misérable et défaitiste, mais reprenant espoir en écoutant les messagers. Parce que pendant longtemps, je n'ai regardé que les montagnes devant moi et que désormais, je regarde également les montagnes derrière moi, qui ont été aussi difficiles à franchir. Parce qu'après chacun des messages que je « délivre », j'avance, je progresse.

Aller « faire un message » au CPO, c'est rendre service aux patients hospitalisés. C'est aussi se rendre service à soi-même, c'est mesurer le chemin parcouru.

# Le rétablissement au sein d'un couple de pairs

---

*J'ai publié une version très allégée de ce texte une première fois en avril 2020, dans un groupe Facebook réservé aux patients hospitalisés ou sortis du CPO. Je l'ai modifié et complété en mai 2021 pour qu'il soit publié sur le blog En tant que telle.*

## La dépendance affective

Lors de chacun de mes passages en clinique psychiatrique, les soignants nous ont toujours mis en garde contre les « relations personnelles rapprochées ». Il nous était fortement déconseillé de développer des relations trop amicales avec les autres patients. Il nous était même fortement déconseillé d'échanger nos numéros de téléphone entre nous. Personne ne m'a expliqué pourquoi. Ou je n'ai pas écouté à l'époque...

Au Centre de Psychothérapie d'Osny (CPO), le message était identique : faites très attention aux relations trop proches ! Par contre, cette fois-ci, les thérapeutes ont pris le temps de nous expliquer, puis de nous répéter, la raison de cette mise

en garde : il s'agissait de ne pas tomber dans une nouvelle addiction, la dépendance affective. J'ai alors appris que des produits n'étaient pas nécessaires pour développer une dépendance ; ça a été à la fois un choc et une révélation. J'ai dû apprendre à développer un esprit de groupe, à aller vers les autres et laisser les autres venir à moi, tout en ne m'impliquant pas « amoureuxment ».

Et ça n'a pas été facile ! Avec le processus d'identification que je venais de découvrir, comment ne pas me sentir attiré par d'autres personnes qui avaient connu ce que j'avais moi-même vécu ? Comment ne pas nouer des liens plus forts avec des personnes qui me comprenaient et que je comprenais ? À l'époque, j'ai cru que j'étais prêt à affronter ce genre de situation, que j'étais plus fort que les autres. Et j'ai commencé à envisager une relation amoureuse, avec une patiente. Je savais qu'elle envisageait de quitter son mari.

Nous n'avons rien entamé au CPO, pas même un petit bisou : je ne le voulais pas, je voulais absolument terminer mon séjour avant de démarrer une histoire. Par contre, elle était sortie de la clinique avant moi, et nous nous appelions chaque jour. Elle

avait rechuté, et nous nous appelions quand même chaque jour. Elle vivait encore avec son mari et ses enfants, et nous nous appelions quand même chaque jour. Je ne « faisais » rien avec elle et pourtant, cette relation à distance me prenait déjà beaucoup de temps et occupait une grande place dans mes pensées : j'étais tombé, sans même m'en rendre compte, dans la dépendance affective...

Après avoir terminé les programmes Addict et Dépression du CPO, au bout de quatre mois, j'ai intégré l'hôpital de jour (HdJ). Là, j'ai rapidement évoqué avec la psychologue la relation, jusqu'à présent platonique, que j'entretenais avec cette ancienne patiente du CPO et de l'HdJ, sans jamais la nommer. Les thérapeutes m'ont mis en garde, sans jamais m'imposer quoi que ce soit ; ils ont toujours été bienveillants en tentant de me protéger.

## **Les pairs en couple**

Aujourd'hui, cela fait presque sept ans que nous vivons ensemble, nous sommes pacsés, nous avons acheté un appartement ensemble et sa plus jeune fille, avec qui j'ai

tissé des liens très forts, me présente à ses amis comme son beau-père. Je suis heureux, je ne regrette rien. Et pourtant, je ne peux pas m'empêcher de penser, et ma compagne est au courant, que si la même situation se représentait aujourd'hui, je n'agirais pas de la même manière...

La tentation de se mettre en couple lorsque l'on est atteints des mêmes troubles est grande : l'identification à l'autre permet un rapprochement plus facile. Mais on oublie une chose fondamentale : chacun dans le couple chemine dans son propre rétablissement selon son propre rythme, ses propres choix et ses propres outils. Le rétablissement de l'un ne peut pas, et ne doit pas, être transposé tel quel à l'autre.

Lorsque deux personnes sont en couple, l'une des constantes que l'on retrouve est l'entraide mutuelle. Cela fait partie de la « norme » dans le couple, c'est même l'une des conditions citées dans le Code civil à propos du mariage. Et si l'une des deux personnes dans le couple va moins bien, l'autre aura naturellement tendance à essayer de l'aider.

Sauf que l'aide apportée ne sera pas classique : la personne

aidante risque de se positionner comme pair et non comme conjoint. C'est ainsi que j'ai moi-même procédé vis-à-vis de ma compagne : j'ai voulu mettre en application tout ce que j'avais appris au CPO. J'ai alors considéré ma compagne comme une patiente, et non comme ma conjointe. C'était pourtant la même personne, qui demandait de l'aide, mais ma réponse n'a pas été adaptée : j'avais oublié ma « fonction » dans notre couple, j'avais pris un rôle qui n'aurait jamais dû être le mien.

La situation est rapidement devenue encore plus compliquée, lorsque ma compagne a rechuté, plusieurs fois et de plus en plus durement, pendant deux ans. Et, tandis que je poursuivais mon propre rétablissement, je me suis positionné immédiatement comme sauveur, face à la victime. En prenant ce rôle qui n'était pas le mien, je suis devenu codépendant.

D'abord, parce que mon parcours de rétablissement n'était pas encore suffisamment solide et ne me permettait pas de proposer des outils adaptés à ma compagne. Ensuite, parce que je risquais, en agissant ainsi, de mettre en danger mon propre rétablissement. Enfin, parce que les liens amoureux qui nous unissaient m'empêchaient d'analyser clairement les

situations que nous vivions à deux et les situations que vivait ma compagne.

Dans les moments où je voyais ma compagne en grande souffrance, j'oubliais complètement tout ce que j'avais appris et mis en œuvre pour mon propre rétablissement. J'essayais, voire j'imposais, des outils qui avaient fonctionné pour moi, sans me soucier de savoir s'ils étaient adaptés à ma compagne. Je perdais tout discernement, toute distanciation, parce que je voulais absolument que ma compagne s'en sorte. Sans lui demander son avis, sans réellement discuter avec elle. Je me comportais avec elle de la même façon que ma famille s'était comportée avec moi lorsque je consommais. Et j'avais oublié que cela ne pouvait pas fonctionner !

## **La pair-aidance dans le couple**

Ma compagne a été hospitalisée à nouveau deux fois au cours des quatre premières années de notre vie commune. Et cela a été salutaire pour nous deux : elle était dans un lieu protégé, entourée de professionnels et d'autres patients auxquels elle pouvait s'identifier, avec qui elle pouvait travailler et avancer

pour son propre rétablissement.

De mon côté, j'ai pu prendre du recul sur la situation. J'ai pu me remémorer tout ce que l'on m'avait enseigné au CPO et dans les groupes de parole. J'ai enfin accepté que j'étais moi-même impuissant face à la maladie de ma compagne, que je ne pouvais pas l'obliger à se soigner. J'ai accepté de lâcher prise...

C'est ce que les thérapeutes du CPO nous avaient toujours encouragé à faire, parce que c'est à la base du programme Minnesota : l'entrée dans le rétablissement ne peut être qu'une démarche personnelle. On ne se rétablit pas pour les autres, on se rétablit pour soi. On ne force pas une personne à se rétablir, on l'accompagne et on la soutient dans son propre rétablissement.

C'est quelque chose de très difficile à accepter : je voulais l'aider, je voulais la sauver, mais je ne le devais pas. C'était à ma compagne de devenir responsable de son propre rétablissement, je ne devais pas le faire à sa place, je ne devais pas l'obliger à suivre un chemin qu'elle n'avait pas choisi.

Avoir été confronté à la rechute de ma compagne, avoir fait l'erreur de vouloir la forcer à se rétablir, puis avoir accepté de lâcher prise face à la situation, cela m'a permis d'approfondir ma propre expérience de la pair-aidance. Cela a également permis à ma compagne d'augmenter sa confiance en moi, puisque j'ai finalement réussi à retrouver ma place de conjoint. Cela nous a fait progresser, elle et moi, séparément et ensemble.

C'est ainsi que nous avons fait face aux rechutes de ma compagne : chacun en prenant sa part des choses, sans empiéter sur le territoire de l'autre. Nous avons construit une nouvelle harmonie. Et nous vivons toujours ensemble, sereins, dans un nouveau bonheur que nous avons bâti à deux.

# Fiches rédigées pendant le stage

---

J'ai rédigé les fiches qui suivent pendant mon stage au CPO, après discussion avec la thérapeute en charge des patients addicts.

Ces fiches abordent des thèmes qui sont régulièrement mal compris ou mal assimilés par les patients, notamment en début d'hospitalisation, ou au contraire après plusieurs hospitalisations, lorsque les patients se sentent « chez eux » et ont parfois développé une dépendance à l'institution. Elles permettent de résumer certains aspects à prendre en compte, surtout en début de rétablissement.

## Le cadre

La société dans laquelle nous vivons est définie par un cadre. Ce cadre apporte à toutes et tous une forme de protection : respecter les limites apporte la sécurité. Poser et respecter des limites permet de se structurer et de se reconstruire ; c'est une étape nécessaire pour entamer le rétablissement.

Comme toute autre organisation, le CPO possède en plus son propre cadre, ses propres règles. Avant de retrouver l'environnement « extérieur », c'est le lieu idéal pour réapprendre le respect qui nous incombe à toutes et tous. Le cadre permet de définir l'harmonie générale et de retrouver une certaine autonomie.

En acceptant et respectant le cadre au CPO, nous nous préparons à mieux nous intégrer à la société à l'extérieur. Nous pourrions garder ce cadre à l'esprit et le mettre en application dans toutes les situations, ce qui permettra d'équilibrer nos relations aux autres.

## **Respect des règles**

Respecter les règles passe par le respect :

- des lieux (l'établissement, les parties communes, les chambres...),
- des horaires (les repas, les groupes, les rendez-vous...),
- de l'hospitalisation (les soins, les traitements...),
- du programme (il existe depuis longtemps et a fait ses preuves).

Ne pas respecter les règles, c'est faire preuve de mépris, de refus ; cela a une influence néfaste sur l'ensemble du groupe.

## **Respect des autres**

Respecter les autres, c'est tenir compte de leur vitesse de cheminement, ne pas parler à leur place, ne pas les devancer, ne pas se comparer à eux, ne pas les juger. Cela permet une meilleure identification aux autres. Accepter, écouter, ne pas interrompre : cela apporte de l'équilibre, de la sérénité.

Ce respect des autres passe par l'attitude, la tenue, le langage.

Il est également indispensable d'écouter et accepter ce que

disent celles et ceux qui ont plus d'expérience : anciens, messagers, thérapeutes...

## **Respect de soi**

Avant d'entamer le parcours de rétablissement, nous avons perdu beaucoup d'estime de nous : on s'apitoie, on est égoïste, on est passif, on dénigre, on se laisse aller (on ne se lave plus, on ne s'habille plus, on ne se rase plus...).

Dans le parcours de soin, nous commençons à prendre soin de nous, à nous accepter (avec nos qualités et nos défauts).

Se respecter et respecter les autres, c'est à la fois s'affirmer, communiquer et entamer ce processus de changements.

# La responsabilité

La responsabilité exprime notre habileté à répondre à nos propres besoins et à ceux de notre entourage.

## Sortir du cadre

Pendant les phases actives de nos maladies, nous perdons nos moyens. Nous ne sommes donc plus capables de répondre à ces besoins et nous ne faisons que réagir. Comme nous avons souvent tendance à confondre nos responsabilités envers les autres (son conjoint, ses enfants...) avec le sentiment que nous devons être responsables de tout le monde et de tout ce qui arrive (contrôle permanent, omnipotence...), les relations que nous entretenons avec les autres sont faussées.

## Passer de la maladie au rétablissement

La consommation a pu nous entraîner dans des situations dans lesquelles notre responsabilité était engagée : violences, dégradations, vols, accidents... L'OMS définit la personne dépendante comme quelqu'un qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire. Comme nous n'étions plus libres dans

la consommation, nous n'étions pas responsables de notre maladie. Mais même ainsi, la loi nous tient pour responsables des conséquences de nos actions.

En arrêtant de consommer, nous devenons responsables de notre rétablissement. Ce faisant, nous nous impliquons : en écoutant activement, en parlant, en posant des questions. Nous parlons de nous-même (par l'emploi du « je »), nous nous identifions, nous ne jugeons pas, nous ne donnons pas de conseils (sauf en cas d'urgence).

À la passivité de la consommation, le rétablissement oppose l'affirmation de soi. Nous ne sommes plus spectateurs mais acteurs de nos vies. Nous empruntons une nouvelle voie vers l'honnêteté et l'intégrité, plutôt que le déni, la manipulation et le mensonge.

## **Redevenir responsable**

Les choix que nous faisons ont des conséquences, que nous acceptons. Cet ancrage dans la réalité renforce notre estime de nous et met fin aux éternelles négociations avec nous-même lorsque nous consommons ou lors de phases actives

de nos maladies.

Nos changements de comportements nous permettent d'accepter la maladie et de nous adapter aux nouvelles situations. Nous améliorons nos relations aux autres et retrouvons une place dans la société, en adéquation avec le cadre qui la définit.

## La relation affective

Un affect est un état de l'esprit tel qu'une sensation, une émotion, un sentiment, une humeur, qui accompagne une pulsion. Pour rappel, la dépendance est un mécanisme binaire qui repose sur l'obsession et la compulsion.

### Mises en garde

Les relations affectives présentent un risque très important de nous détourner de notre objectif de rétablissement. En début de rétablissement, nous sommes très vulnérables et très sensibles à l'appel du produit. Il y a une forte tentation de remplacer la dépendance au produit par une dépendance à autre chose pour combler le vide entraîné par l'arrêt de la consommation. Cette « autre chose » peut être une personne.

Dans une relation standard, nous sommes deux : l'autre n'est pas nous, l'autre est différent, nous ne sommes pas l'autre. Si nous sommes dépendants, nous risquons d'opérer un glissement : c'est le sentiment de comprendre l'autre mieux que lui-même. Nous sommes alors dans la toute-puissance,

comme si nous savions ce qu'il se passe dans la tête de l'autre, alors que nous ne sommes pas encore capables de gérer notre propre vie. Il est capital de quitter cette sensation de toute-puissance avant d'entamer une relation saine.

Le phénomène d'identification qui s'est mis en place lorsque nous discutons avec d'autres dépendants s'est déplacé vers le domaine de l'amour : l'autre est comme nous, il nous comprend, nous le comprenons, c'est presque magique. Il y a alors un énorme risque de devenir codépendant.

Lorsque la relation affective débute, l'autre devient un substitut au produit : ce n'est pas une relation saine, nous consommons la relation. Il est primordial de viser l'équilibre, la bienveillance. Avant de commencer toute relation affective, il faut veiller à ce que celle-ci soit bénéfique pour l'autre comme pour nous. Il est important de partager avec les thérapeutes pour gérer ces relations : en parler, échanger avant d'investir cette relation. Sinon, nous devons nous rappeler que nous entamons cette relation en position responsable, puisque nous sommes en rétablissement. Il est prioritaire, pour le bien de notre rétablissement, d'éviter les relations affectives.

## Que cherchons-nous chez l'autre ?

À cause de nos vulnérabilités, nous cherchons avant tout de l'écoute, de la valorisation, un effet miroir. Cela peut très vite aboutir à la possibilité de consommer, en utilisant le chantage affectif, la manipulation : « si tu m'aimes, laisse-moi consommer ».

Pendant notre rétablissement, nous sommes prêts à faire des efforts et à dépenser de l'énergie, tout comme nous le faisons pour consommer.

En entamant une relation affective, nous cherchons également un refuge, un toit, de l'argent...

Lorsque nous nous rétablissons, nous ne devons plus dire, mais montrer : nous devons être dans l'action, faire nos preuves, être responsables (de notre argent...), en dire le moins possible. Le rétablissement va alors rayonner sur les autres, tout comme le soleil brille mais ne le dit pas : sur son conjoint, sa famille, son travail, ses enfants, ses amis...

Les enfants observent le soleil briller et ne se posent pas la

question du pourquoi : ils acceptent que le soleil brille. Les adultes sont plus dans la réflexion ; il faut leur laisser du temps pour comprendre. Chez les Al-Anon, le programme parle également de la codépendance : cela peut être très bénéfique pour les proches de la personne dépendante.

## **Devenir adulte**

Lorsque nous sommes en phase active de dépendance, nous agissons comme les enfants : nous sommes ancrés dans le présent, nous avons cette liberté des enfants et nous nous sentons libres de consommer.

Lorsque nous entamons notre processus de rétablissement, nous sommes obligés de devenir adultes et de penser aux conséquences de nos actions : « qu'est-ce que je suis en train de faire », « que puis-je apporter à l'autre »...

En nous rétablissant, nous redevenons responsables. Notre vie ne se résume pas à une relation affective. Si nous éprouvons des sentiments l'un pour l'autre, nous pouvons être patients et attendre d'avoir progressé sur le chemin du rétablissement.

# La consommation dans un espace de soins

Consommer (un produit, un comportement...) de façon régulière, même en faible quantité, cela reste de la consommation. Dans le cas d'une reprise de la consommation après une période d'abstinence, il s'agit d'une rechute.

Lorsque nous ne parvenons pas à nous passer de la consommation, même en faible quantité, nous faisons toujours face à une addiction. Nous en revenons à la situation où le produit nous apporte quelque chose.

Consommer pendant l'hospitalisation au CPO :

- c'est refuser le cadre du CPO et le contrat signé en arrivant ;
- c'est nier le rétablissement ;
- c'est mettre en danger le rétablissement des autres, par exemple en provoquant de la tentation chez eux ;
- c'est prendre la place d'un autre patient qui a le désir d'arrêter de consommer.

La question que nous devons alors nous poser, c'est de savoir

si c'est le bon moment pour nous d'être au CPO pour entamer notre rétablissement, pour changer.

Si nous sommes hospitalisés à nouveau, pour un trouble psychiatrique différent (dépression...) et non pas pour addiction, cela n'efface pas notre parcours d'addict. Cette nouvelle hospitalisation peut être l'occasion de partager avec d'autres addicts notre expérience : de la consommation et du rétablissement.



# Les AA en douze étapes

---

*Je considère très important, voire primordial, de bien noter que les références à Dieu ci-après sont à prendre de façon très large. Il faut plutôt envisager Dieu comme une puissance supérieure : ce Dieu peut par exemple être le groupe, le programme, la nature, l'univers... Il n'y a aucune référence religieuse dans la littérature AA.*

1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool et que nous avons perdu la maîtrise de notre vie.
2. Nous en sommes venus à croire qu'une puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.
3. Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous le concevions.
4. Nous avons courageusement procédé à un inventaire moral minutieux de nous-mêmes.
5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.
6. Nous étions totalement prêts à ce que Dieu élimine nos défauts de caractère.
7. Nous lui avons humblement demandé de faire disparaître nos déficiences.

8. Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et nous avons consenti à réparer nos torts envers chacune d'elles.
9. Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquions de leur nuire ou de nuire à d'autres.
10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.
11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous le concevions, lui demandant seulement de connaître sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.
12. Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.











