

LE PENSER-AGIR COMPLEXE DANS LA RELATION THERAPEUTIQUE

Quand le patient devient thérapeute de lui-même

par François PISSOCHET

C'est toujours ce qui éclaire qui demeure dans l'ombre.

(E. Morin, Le Paradigme Perdu)

Un cheminement dans des contextes de travail porteurs d'enseignement

Consacrer sa vie professionnelle à partager et soulager les souffrances des autres, relève de choix qui s'inscrivent dans une histoire dans laquelle s'entremêlent les déterminants et se renforcent les convictions.

Revenir sur des années de pratique permet de clarifier ce qui s'est joué dans des approches souvent intuitives mais qui se sont élaborées « chemin faisant » en se clarifiant, se construisant au fil des années et des rencontres de professionnels et d'usagers. En quelque sorte, cette construction professionnelle en même temps que personnelle, et réciproquement, s'apparente, en miroir, au cheminement de nombreux patients en quête de mieux être. Il y a des portes qui s'ouvrent, d'autres qui se ferment, des espérances et des désillusions, des doutes et des certitudes, d'autres possibles à expérimenter pour qu'enfin s'élabore un mode d'être, de penser et de faire dans lequel il devient possible de se reconnaître.

Nourri par des études de psychopathologie analytique, tout au long de mon parcours professionnel, et plus particulièrement dans ces 20 dernières années au Réseau PASS, association de lutte contre l'exclusion, je me suis confronté à la réalité des souffrances de ces hommes et femmes enfermés dans des problématiques de conduites de dépendance à l'alcool ou autres produits psychoactifs ; autant de personnes exprimant une demande de mieux être, mais qui, paradoxalement mettent en échec toute tentative de changement.

Face à la complexité des situations singulières et à la difficulté de trouver le bon levier pour apporter du soulagement à ces souffrances exprimées, il m'a fallu, au fil des années questionner sans cesse cette difficulté à penser et à faire, revisiter à la lumière d'approches nouvelles toutes les idées qui « vont de soi », affiner des modes d'intervention qui prennent en compte la personne humaine ; démarche de santé et de travail social communautaire renforcé par un abord systémique ouvert sur le penser complexe.

La modélisation systémique découverte en 1976, et une formation à la thérapie familiale quelques années plus tard, m'ont permis de sortir de la focalisation sur la personne addictive pour ouvrir le champ de compréhension en se décentrant de l'« objet produit » en tant que tel, pour faire émerger ces souffrances personnelles, familiales, culturelles, sociale, voire identitaires de personnes qui utilisent des produits comme médicament, comme communication, comme exutoire, ... Capitaliser des approches plurielles en les adaptant à chaque situation singulière fait

sortir thérapeutes et patients de leurs certitudes ; professionnels et usagers peuvent alors développer leur capacité à comprendre pour agir en même temps qu'agir pour comprendre.

Il y a une quinzaine d'années, la rencontre avec les écrits d'Edgar MORIN sur la complexité, renforcé par mon compagnonnage avec ce qui est aujourd'hui le Réseau Intelligence de la Complexité, a provoqué une véritable révolution tant sur le plan personnel que dans l'approche de ma pratique professionnelle. Comme tout un chacun, pendant de nombreuses années, j'ai essayé de combattre des démons pour être ce que je pensais devoir être. Jusqu'à ce que je découvre et intègre les concepts moriniens de « dialogique » et de « reliance » qui m'ont réconcilié avec moi-même, m'apportant apaisement et révélation qu'il existait une autre voie que le tout ou rien pour se sentir « être soi-même » et « être thérapeute ». L'enjeu n'était plus sur le plan personnel de privilégier une facette de ma personnalité au détriment d'autres, mais de « faire avec » et de « vivre avec » dans la mesure où toutes font parties intégrantes de mon identité de sujet et concourent à mon rapport à la vie, à l'autre, aux autres.

Sur le plan professionnel, ce travail sur soi m'a conduit à repenser mon positionnement de thérapeute pour permettre aux patients de faire cette révolution en les aidant à se forger une autre vision d'eux-mêmes et de leur rapport à la vie. « *On n'apprend pas à vivre à quelqu'un de façon extérieure, mais on aide les gens pour qu'ils apprennent eux-mêmes à vivre.* » (MORIN 1977). L'enjeu n'est donc plus de changer l'autre, mais de lui donner les outils pour qu'il puisse se changer.

Ce cheminement me permet, aujourd'hui, de me risquer à faire partager cette vision **créatrice de l'humain** au sein d'une relation thérapeutique plus équitable, « *didactique* » comme le suggère Edgar Morin, c'est-à-dire apte à « *aider les gens à être autodidactes, à se former eux-mêmes* ».

Un contexte source de malentendus (mal et quelquefois trop bien entendus) ...

Lors du premier entretien d'accueil la presque totalité des personnes reçues en premier accueil exprime un « *je viens parce que j'ai un problème d'alcool, ... fume, ... me drogue, ... ai telle dépendance* », avec, en même temps que le problème, l'énoncé explicite ou implicite de la solution « *rendez-moi abstinent !* » ; autre formulation : « *je suis là parce qu'il (ou elle) a problème d'alcool, ... fume, ... prend tel produit, ... a telle dépendance* », et l'énoncé de la solution « *rendez-le (ou la) abstinent(e)* ».

Devant une formulation du problème et de la solution en si grande adéquation avec le contexte thérapeutique spécialisé où elle s'exprime, la tendance est forte de prendre au pied de la lettre ce qui nous installe et nous reconnaît dans notre compétence thérapeutique. Ne sommes-nous pas des professionnels thérapeutes, intervenant dans un centre justement spécialisé, censés répondre sur ce terrain logique : si le produit crée problème, enlevons le produit et tout ira bien !

C'est si vrai que lorsqu'une personne ose un « *je ne sais pas pourquoi je viens, il n'y a pas de problème* » notre sagacité nous fait entendre qu'il n'y a pas de fumée sans feu et que ce que nous entendons comme « déni » nous incite au contraire à obtenir une reformulation plus entendable nous restaurant dans notre statut.

Rester sur cette écoute, c'est oublier que la parole qui nous est délivrée n'est, généralement, qu'une parole « attendue », générée par le contexte de la rencontre. On pense trop facilement que nos usagers-patients viennent chez nous formuler une demande. La plupart du

temps, ne viennent-ils pas surtout répondre à l'attente qu'ils nous suspectent avoir, non sans raison, à savoir : "Vous attendez que je vous parle d'alcool, alors je vais vous en parler, ou je ne vais pas vous en parler !" – ce qui, souvent, revient au même. Et l'utilisateur nous en parle de son alcool, nous entraînant avec lui dans son mode de penser, dans son mode de boire. Il brandit son alcool, son alcoolisation, son alcoolisme comme un étendard, véhicule de sa désignation, appellation contrôlée de son identité ; alcool à la fois protection et fausse reconnaissance, comme un masque. Ou au contraire, il ne veut pas en parler, s'enfermant dans une obstination qui ne peut que nous confirmer qu'il y a bien matière à aller voir.

Plus que les personnes, c'est le contexte-même de la rencontre qui est en cause, dans sa dimension psycho-socio-culturelle dans lequel les représentations déterminent les contours des rôles respectifs, les jeux relationnels, réduisant la part de liberté des acteurs.

Des modèles prégnants prédéterminants

Au fil du temps se sont constitués des modèles de pensée en lien avec l'évolution des idées et des cultures constitutives de ce que certains appellent « l'imaginaire social » qui restent particulièrement présents dans les représentations que les acteurs de l'alcoologie/addictologie ont encore aujourd'hui, qu'ils soient professionnels ou usagers/patients.

Alain CERCLE (1998) a mis en évidence les principaux modèles qui ont accompagné les perceptions et les explications sociologiques et culturelles de l'alcoolisme :

- modèle moraliste : l'alcoolisme est un vice chez une personne « coupable » de faiblesse devant la tentation qui engendre sa déchéance physique, morale, familiale, sociale, .. ;
- modèle hygiéniste : l'alcool est un poison dont on ne se méfie pas avec lequel une personne « victime » va s'intoxiquer ;
- modèle politico-social : la consommation constitue pour un « déviant » (délinquant ?) un cheminement vers l'outrage, la violence, le délit ou le crime ;
- modèle médical : le produit participe à une interaction spécifique avec un être « malade » particulièrement sensible psychologiquement ou organiquement ;
- modèle psychologique : un « sujet en souffrance » a recours au produit pour noyer son désespoir, soigner son angoisse de vivre, remplir le vide, affronter difficultés, problèmes, frustrations,

A cela on peut ajouter d'autres modèles hédonistes ou esthétiques sur le bien vivre et le bien boire, le boire créatif, ..., mais encore sur toutes ces « bonnes manières de mal se conduire qu'est l'ivresse » (Véronique NAHOUM-GRAPPE 1991).

La vie sociale baigne chaque individu dans ces océans de modèles et représentations qui, de manière souvent inconsciente, colorisent les relations et régissent son approche du monde. La scène de la rencontre thérapeutique se joue avant qu'elle ne se réalise : en accord avec la distribution sociale des rôles, le thérapeute « sait » qu'il va rencontrer un « patient » car c'est dans la logique de son inscription socioprofessionnelle, et le patient endosse spontanément son rôle face à celui qu'il « sait » être thérapeute. Au-delà des personnes, ce sont les « rôles sociaux » inscrits dans les représentations communautaires, véhiculés par l'éducation et l'organisation

sociale, qui s'animent prédéterminant l'ensemble du contexte de la rencontre ; chacun bien dans son rôle ; chacun bien dans sa compétence.

Dans cette définition, il n'est plus question de relation de « sujet » à « sujet ». Si le thérapeute peut logiquement s'estimer dans une position d'acteur-sujet (à la fois de par son l'exercice de son statut, mais aussi par la place que le patient lui assigne), il n'en est pas de même pour le patient : bien qu'il soit actif dans la démarche, il s'introduit dans la relation thérapeutique plus en « objet à s'occuper », s'en remettant au savoir faire du professionnel.

... entraînant des réponses logiquement adaptées

Max est quelqu'un qu'on pourrait appeler un « vieux routier » de l'alcoolologie : lorsqu'il vient consulter, à 52 ans, il a derrière lui plusieurs années de fortes alcoolisations qui l'ont conduit à des hospitalisations en urgence et plusieurs séjours en cure. Lors de la prise de rendez-vous, il a réussi à rencontrer d'entrée le médecin du centre, alors que les premiers accueils sont généralement faits par un cadre psychothérapeute.

Ce faisant, avant même qu'il se soit exprimé devant son interlocuteur, ce patient définit le problème comme « médical », mettant l'accent sur ses alcoolisations et ses 5 pathologies qui y sont liées, arrivant même à instituer le médecin du centre comme son « médecin traitant » en charge de la coordination de l'ensemble de ses problèmes de santé. En toute bonne foi le médecin ne peut que se sentir concerné par ces demandes adaptées – « j'ai un problème qui entre dans votre compétence, je m'en remets à vous pour le résoudre » – et autorisé à exercer son art, conforté par ailleurs par quelques confrères spécialistes.

Face à cet individu « malade » ou potentiellement malade, le médecin va s'intéresser naturellement à tout ce qui peut conforter cette définition : d'où prise en compte des facteurs de risque, de l'état des organes, du fonctionnement général du métabolisme, avec auscultation, examen, prescription de médicaments, hospitalisation ; l'objectif étant la réparation des dommages et l'arrêt des conduites à risques via, généralement, le sevrage et l'abstinence.

Ce mode de prise en charge centré sur les dommages somatiques fait le plus souvent silence sur les avantages manifestes, non négligeables, qui incitent la personne à renouveler la consommation d'alcool ou autre produit psychoactif. Cette focalisation sur le produit considéré comme dangereux pour l'organisme conduit à le mettre à distance pour soigner ou préserver l'organisme.

Pour Max, il y aura prescription d'examen avec, au vu de résultats inquiétants, mise en place d'un traitement médicamenteux adapté et même organisation d'un sevrage hospitalier censé le conduire à une abstinence totale devant permettre de traiter une décompensation cirrhotique. L'échec de ce sevrage, signé par une forte ré-alcoolisation dans les jours suivants la sortie questionne le désir de la personne et ouvre sur le champ de sa problématique psychologique. L'aide d'un psychothérapeute est sollicitée pour comprendre ce qui se joue et permettre à l'intéressé d'adhérer au protocole proposé.

Le psychothérapeute plus sensible à la personnalité du patient, prend ce qui est présenté – troubles, comportements, conduites – comme symptômes résultant de difficultés intrapsychiques. Ce qui se joue dans les conduites addictives relève d'une souffrance liée tant aux conflits internes du sujet que ceux qu'il peut avoir dans sa relation à son environnement. L'agir devient mode d'expression au détriment de la verbalisation. L'écoute, l'intervention sur le symptôme, la psychothérapie individuelle ou en groupe, voire dans quelques rares cas la cure analytique, sont autant de moyens destinés à une meilleure connaissance de ce qui se joue, à reconnaître et soulager la souffrance, et permettre la réduction si ce n'est la disparition de ce qui fait problème. Ce mode de prise en charge se décale du produit pour s'intéresser au sujet en tentant de lui donner une place centrale.

Lors d'entretiens psychothérapeutiques, Max a ainsi pu parler différemment de ses problèmes d'addiction en les réinscrivant dans son histoire, jetant ainsi des ponts entre ce qui se joue aujourd'hui et ses souffrances d'hier notamment un conflit personnel généré par les circonstances de la mort de son père. A ainsi été mise à jour et travaillée la difficulté de mettre à distance ces conduites qui font souffrir, mais qui remplissent une fonction de compromis dans la gestion des conflits intrapsychiques. Petit à petit l'idée d'une nouvelle cure, s'est précisée, cure préparée, organisée et soutenue avec un centre spécialisé.

L'ouverture de la modélisation systémique

Cette nouvelle tentative n'aura pas plus de succès que les précédentes, Max reprenant ses consommations dès la sortie du centre de cure ! Ce qui va bousculer le protocole de prise en charge, c'est l'irruption de Lisa, sa compagne, venant exprimer sa souffrance et demander des comptes aux praticiens censés soigner son compagnon et qui vont d'échec en échec.

Ce genre d'irruption est très mal vécu car il empiète sur le territoire relationnel couvert par la confidentialité si ce n'est le secret professionnel. Chaque institution ou professionnel a plutôt coutume de se préserver de l'externe et d'en préserver leurs usagers. Aussi la réponse consiste, le plus souvent, à maintenir à distance ce conjoint, parent, voire autre professionnel qui essaye de s'introduire dans la prise en charge.

La pensée systémique permet de créer un lien entre ce qui se joue dans le système thérapeutique fermé et le système d'inclusion familial et social qui fait irruption et dans lequel baigne le patient. Cette ouverture sur le contexte replace les conduites addictives, mais aussi la prise en charge thérapeutique, dans l'environnement de la personne. La conduite addictive devient « comportement-symptôme » dans le système interrelationnel du patient ; l'intervention d'un tiers conduit aux concepts de « souffrance partagée » et de « codépendance » confirmant le rôle agissant de ces conduites dans l'entourage. Mais au-delà c'est aussi le contexte thérapeutique qui se trouve agissant et qui provoque ces rétroactions. A travers la démarche de soins, par l'intermédiaire du patient désigné, comme dans l'intervention d'un tiers, c'est le système relationnel (familial ou autre) qui demande de l'aide.

L'irruption de Lisa va donc être une opportunité pour intégrer la dimension familiale pour une meilleure compréhension de ce qui se joue à propos des conduites addictives de Max, mais aussi autour des enjeux thérapeutiques. Elle nous permet de questionner le protocole mis en œuvre, et conduit à lui proposer de l'associer à ce travail plutôt que de la maintenir à distance.

Les entretiens de couple vont mettre en évidence la fonction que les conduites addictives remplissent dans la relation comme perturbateur (source de conflits, de disputes, de rupture) mais aussi comme rassembleur (mobilisation pour ensemble traiter ce problème). Il est apparu évident que tout changement pour Max impliquait que quelque chose change dans les patterns interactionnels du couple. Ce décalage du « problème addiction » sur la « relation » a été bien accepté dans la mesure où tous les deux souffrent du problème d'addiction, mais aussi et surtout de leurs difficultés relationnelles.

L'ouverture du « penser-complexe »

Tous les modes d'interventions examinés précédemment ont chacun, indépendamment leur intérêt et même, dans une certaine mesure, leur efficacité : un sevrage, une cure, un traitement adapté peuvent permettre à une personne de prendre de la distance avec un produit et vivre mieux. L'intervention psychothérapeutique permet de soulager des souffrances personnelles, de revenir sur une histoire de vie, de dénouer des conflits qui font souffrir et conduisent au recours à l'addiction pour se soigner ou soigner, ... ; ce travail peut déboucher sur une autre approche de soi-même, de son contexte de vie et modifier les conduites symptomatiques. L'intervention systémique reconnaît la place que les conduites addictives tiennent dans le contexte relationnel familial et social ; la mobilisation des personnes concernées déplace le regard sur ce qui fait vraiment problème dans le fonctionnement familial ; l'ensemble des souffrances individuelles et familiales se voient reconnues ; les compétences de chacun sont ranimées facilitant des réajustements qui soulagent les tensions et restaurent des modes de relations plus acceptables. Le recours à des substituts devient superflu.

Dans beaucoup de situations, cela ne se passe pas de cette manière : la problématique résiste, perdure, malgré, l'acharnement des professionnels qui bien souvent s'épuisent à en faire plus. Certains s'en satisfont en renvoyant sur les personnes ou les familles leur manque de motivation, de volonté, en quelque sorte leur incompetence à être de bons patients ; d'autres et quelquefois les mêmes pensent que toucher le fond peut permettre de remonter, que « la rechute est inscrite dans la cure » et qu'un thérapeute n'a pas la capacité à sauver ceux qui ne le veulent pas, qu'il ne peut être alors que dans l'accompagnement du risque.

Si l'on dépasse le seul abord professionnel pour accéder à ce qu'Edgar MORIN appelle « l'éthique » on ne peut se satisfaire de ces positionnements en demi-mesure : « *Le sens que je donne, finalement, à l'éthique, s'il faut un terme qui puisse englober tous ses aspects, c'est la résistance à la cruauté du monde et à la barbarie humaine* » ... « *la résistance à la barbarie humaine est la résistance à la méchanceté triomphante, à l'indifférence, à la fatigue* » (MORIN 2004)

Ce que l'élaboration sur la pensée complexe d'Edgar MORIN m'a fait comprendre, c'est que dans toutes les situations auxquelles nous nous trouvons confrontés, nous avons affaire à « *l'humain ... dans sa multiplicité intérieure en quête d'unité ... et que tous les phénomènes considérés comme pathologiques, sont en fait l'exaspération de ce qui est absolument normal.* » (MORIN 1997).

La rencontre thérapeutique est donc avant tout une rencontre d'humains, « *homo à la fois sapiens et demens* » qu'il nous faut accepter dans sa diversité et pour lequel nous devons avoir « ouverture, sympathie et générosité » ; ce qui ne va pas dans le sens commun : sous prétexte de spécialité, notre inscription culturelle nous amène à morcelliser l'humain, concentrant notre attention, notre intervention sur le secteur dévolu à notre compétence ; et bien souvent l'autre, nous l'avons vu, non seulement se prête à ce découpage, mais d'une certaine manière le renforce. Comme le professionnel, le patient usager, individu et être sociétal, « *porte en lui l'imprinting de la culture* ».

Dans cette approche morcelante la relation est loin d'être équitable : le thérapeute-spécialiste est bien installé dans son statut de « sujet » face à un patient qui s'offre en « objet » aux bons soins de celui qui sait et qui fait, tout en protégeant son intégrité en jouant le jeu du morcellement. L'affirmation de sa position sociale passe inévitablement par le positionnement de l'autre dans son rôle à travers l'étiquetage et la stigmatisation : face à un thérapeute il n'y a de place qu'à un « patient » et réciproquement.

La réflexion projective née de ma confrontation aux travaux d'Edgar MORIN, notamment à travers le tome 6 de « La Méthode » consacré à l'Éthique, m'a permis de prendre conscience que l'empêchement de soigner c'est le soignant et non le patient, du fait du manque de prise en compte de ce que la place de thérapeute peut générer comme certitudes, réductions, simplifications, confusions, participation active au maintien ou à la répétition, ... C'était donc ma vision de thérapeute qu'il me fallait modifier en y introduisant du doute, de l'incertitude, de la contextualisation, de la globalisation, de la reliance, de la reconnaissance et de la solidarité.

Le « compagnonnage thérapeutique » : un territoire redéfini des positionnements patient-thérapeute réaménagés

Il ne s'agit pas de faire fi des compétences et statut du thérapeute, mais pour celui-ci de modifier son approche de l'autre : le thérapeute est aussi et avant tout un être humain inscrit dans la lignée cosmologique de l'espèce humaine. Comme celui qu'il rencontre, il est « un être sujet qui s'auto-affirme en se situant au centre de son monde ». Comme lui, pour occuper son « site égocentrique » il lui faut se différencier de l'autre en l'excluant de ce site, mais également l'inclure pour créer la relation. Et, dans cette relation chacun a besoin de sentir qu'il existe indépendamment de l'autre, mais à la fois ne peut se passer de l'autre pour renforcer ce sentiment. L'autre n'est donc pas si différent de nous.

Accueillir cet autre dans son humanité, ce qui demande d'ouvrir sa sphère d'écoute et de compréhension, ouvre la possibilité de commencer à le restaurer dans son unité de sujet. C'est

également reconnaître que cet autre-patient-sujet dispose d'une meilleure connaissance que nous de ce qui se passe et se joue pour lui ; que lui seul, de par sa liberté d'humain, a la capacité à se soigner, encore faut-il qu'il soit aidé pour cela, c'est-à-dire que le thérapeute agisse de manière adaptée et cohérente, en se décalant de son rôle pour ouvrir un espace à l'autre qui lui permet de se décaler également de son propre rôle.

Cette réintégration de l'humanité dans la relation, avec tout ce qu'elle entraîne en terme de potentialités et de carences, de bien être et de conflits, d'inscription familiale, sociale, culturelle, ... permet de dépasser le clivage de la stigmatisation pour rendre possible la rencontre d'un « humain pair » en souffrance et en demande, ou d'un « humain pair » en écoute et solidarité.

Cela passe par un repositionnement du professionnel qui doit abandonner la tendance naturelle de proposer et faire pour simplement « être » : « abstention thérapeutique » nécessaire pour ouvrir un espace et les conditions pour que l'autre (ou les autres) existe(nt).

Dans la situation de Max et Lisa, la première rencontre de couple a tourné autour de notre refus de mise en place d'une nouvelle cure. Ceci sur la base d'un constat rendu évident par le questionnement des échecs précédents : Max n'a jamais été demandeur de ce mode de soin ; chaque fois il a répondu à la demande ou l'injonction d'un tiers : conjointe ou sœur confrontées à l'insupportable des débordements, hépato-gastroentérologue dans l'incapacité de mettre en place un traitement justifié, médecin du centre désireux d'aider son collègue hospitalier, psychothérapeute qui pense qu'après les avancées dans son travail psychothérapeutique Max pourrait passer à autre chose ... Max, dans un souci à la fois d'apaisement et quand même de mieux être, a chaque fois « joué le jeu » du bon patient (« objet ») ; chaque fois, il s'est retrouvé « objet restauré », mais « sujet démuné » au sortir de la période de sevrage.

Ne pas répondre à la demande de cure n'a pas été facile à accepter pour le couple, chacun très solidaire pour faire entendre que c'était la seule solution pour eux de sortir de l'impasse dans laquelle ils se trouvaient ; d'autant plus difficile à entendre que cette demande se trouvait être formulée au bon endroit devant le bon professionnel et à un moment où se trouvait en balance le maintien ou la rupture de leur relation.

Ce qui a été source de changement, c'est d'avoir pris du temps de rencontrer le couple sur le terrain de l'humain en se centrant sur leur souffrance personnelle et de couple, plutôt que ce qui était avancé comme comportement symptôme. Leur capacité à se mobiliser sur une demande de soin auprès de spécialistes dont ils attendaient du « faire », a pu se déplacer sur la mise en œuvre d'un protocole de soin original, qui leur soit propre, et dont ils seraient les « sujets agissant » avec des professionnels qui leur apportaient des outils et du soutien pour mettre de la ré-organisation.

Cela a fait sens au couple qui a adhéré à l'hypothèse qu'au même titre que les alcoolisations et prises anarchiques de médicaments, le recours à ce protocole – demande de cure, mise en œuvre, échec – avait une fonction vitale dans le contexte personnel, familial, social, médical et qu'il convenait de la maintenir ; que, plutôt que de vouloir l'annihiler, il convenait de l'« organiser » ; de « sujet-acteur » dans les prises de produits ou dans la demande de soin, devenant « objet-passif » dans un protocole thérapeutique qui leur échappait (en miroir d'ailleurs de ce qui se jouait au niveau du couple), il reprenait un rôle de « sujet-acteur » organisant tant les alcoolisations que les périodes de sevrage en s'appuyant sur les compétences des professionnels du centre. Des entretiens de couple venaient ponctuer ce travail.

Le penser-agir complexe moteur du « compagnonnage thérapeutique ».

Le thérapeute doit ouvrir sa pensée et mettre son protocole d'intervention en accord avec cette ouverture : il lui faut d'abord se comprendre pour comprendre autrui dans le même mouvement ou comprendre autrui lui permet de mieux se comprendre. Le travail thérapeutique doit alors surtout consister à aider l'autre à changer également sa façon de penser, à bouger ses certitudes enfermantes : « *rien ne peut se présenter dans une exactitude absolue* » (Morin 3) ; aussi convient-il de développer l'aptitude de nos patients à dépasser les « vérités closes sur elles-mêmes ».

Il s'agit de partager avec eux la prise de conscience de la complexité humaine qui nous impose de composer avec des sentiments antagonistes qui s'opposent et se bagarrent, mais qui se complètent pour constituer notre entité humaine. C'est ce que j'appelle le « **compagnonnage thérapeutique** ».

Le compagnonnage est un contexte relationnel qui met à la fois de la proximité en même temps qu'il maintient de la distance. Entre compagnons on partage le pain, la route, le travail, mais aussi des joies et des peines, des moments de plaisir et des galères, ... Le compagnon est quelqu'un de proche envers qui on a des sentiments positifs et on se sent solidaire. Dans cette relation, chacun détermine son implication, chacune peut s'enrichir et apprendre de l'autre, en même temps qu'il enrichi et apprend à l'autre, dans des dits et des non-dits. Dans le compagnonnage il y a aussi une forte notion de transmission (les compagnons du Tour de France partagent des connaissances et des savoir-faire)

Mais le compagnon est aussi quelqu'un qui n'est pas forcément un « pair », quelqu'un qui n'est pas notre égal, avec qui l'on ne partage pas tout, qui a sa vie propre, indépendamment de nous, une vie avant et une vie après, avec ses jardins où l'on a pas accès.

Le compagnonnage s'inscrit donc dans le temps. Il ne préexiste pas, mais se construit à l'occasion d'une rencontre, d'une opportunité, d'un contexte, et dure le temps de la route pour se clore lorsque les routes se séparent soit que l'un décide de bifurquer, soit qu'il abandonne, soit que les compagnons décident d'un commun accord de continuer chacun de son côté en se souhaitant bonne route.

Le compagnonnage thérapeutique est donc un moment dans lequel se crée un espace d'écoute et de partage, de questionnements, d'élaboration d'hypothèses, de création collective. C'est dans cet espace que peut se partager le cheminement pour un « *bien penser* » qui « *articule ce qui est séparé, relie ce qui est disjoint* » (Morin 2004).

La demande simplificatrice d'intervention sur le symptôme est une pensée réductrice qui sépare et mutile ; elle réduit l'individu à son symptôme et elle véhicule la vérité que la seule disparition du symptôme peut restaurer l'individu. Mais cette demande réduit également le thérapeute à un pouvoir d'intervention « technique » sur objet à réparer.

« *La compréhension complexe ne réduit pas autrui à un seul de ses traits, un seul de ses actes, elle tend à appréhender ensemble les diverses dimensions ou divers aspects de sa personne. Elle tend à les insérer dans leurs*

contextes et, par là, elle cherche à la fois à concevoir les sources psychiques et individuelles des actes et des idées d'autrui, leurs sources culturelles et sociales, leurs conditions historiques éventuellement perturbées ou perturbantes. Elle vise à en saisir les caractères singuliers et les caractères globaux » (Morin 2004)

Travail de **reliance** que le contexte de compagnonnage permet de partager : le thérapeute se doit de le faire pour mieux comprendre l'autre, mais le faisant avec l'autre, il favorise son appropriation par le patient. Le thérapeute est celui qui « *non pas ordonne, mais organise, non pas manipule, mais communique, non pas dirige mais anime* » (MORIN 1977). Pédagogue, il apprend à ses patients mieux comprendre et se comprendre dans une vision globalisante (personne individu – membre d'une famille – être social), dans la complexité de sa subjectivité et son affectivité singulières mais aussi dans toutes ses personnalités antagonistes ; mieux se comprendre pour mieux organiser c'est-à-dire « *apprendre, inventer, créer* » pour « *être capable d'affronter les aléas, les erreurs, les incertitudes, les dangers* » (MORIN 1986).

Bibliographie

Cerclé A. (1998). *L'Alcoolisme*. Paris : Editions Flammarion.

Morin E. (1973). *Le Paradigme perdu : la nature humaine*. Paris : Editions du seuil.

Morin E. (1977). *La Méthode – La Nature de la Nature (t.1)*. Paris : Editions du seuil.

Morin E. (1986). *La Méthode – La Connaissance de la Connaissance (t.2)*. Paris : Editions du seuil.

Morin E. (2004). *La Méthode – L'Éthique (t.6)*. Paris : Editions du seuil.

Morin E. (1977). *Quelle Université pour demain ? Vers une évolution transdisciplinaire de l'Université* : texte publié dans *Motivation*, N° 24.

Nahoum-Grappe V. (1991). *La culture de l'ivresse*. Paris : Quai Voltaire Histoire.