

Apports de la clinique narrative en santé – l'exemple des pairs aidants en alcoologie

Contribuições da clínica narrativa em saúde – o exemplo de pares de suporte no alcoolismo

Contributions of the narrative medicine in health – the example of support pairs in alcoholism

Christophe Niewiadomski¹

Résumé: Après avoir précisé ce que nous entendons par «clinique» en fonction des contextes dans lesquels elle se déploie, nous tenterons dans ce texte d'explicitier la notion de clinique narrative et de montrer combien celle-ci, en contrepoint d'un objectif de connaissance scientifique, tente de promouvoir une intention éthique de la relation intersubjective étroitement articulée au champ d'action de la recherche biographique. Dans un second temps, nous aborderons l'importance de la place des pairs aidants et des approches biographiques dans l'histoire du traitement de l'alcool-dépendance.

Mots-clés: clinique narrative; approches biographiques; alcoologie.

¹ Université de Lille. Laboratoire CIREL.

Resumo: Depois de determinar com precisão o que entendemos por “clínica” em função dos contextos nos quais ela se desenvolve, tentaremos explicar de modo explícito, neste texto, a noção de clínica narrativa e mostrar como, em contraponto a um objetivo de conhecimento científico, ela tenta promover uma intenção ética da relação intersubjetiva estreitamente articulada no campo da ação da pesquisa biográfica. Ao mesmo tempo, abordaremos a importância da designação de pares de suporte e dos métodos biográficos na história do tratamento da dependência do álcool.

Palavras-chave: clínica narrativa; métodos biográficos; alcoolismo.

Abstract: After precisely establishing what we understand as “medicine” according to the context in which it is practiced, we will try to explicitly explain herein the notion of narrative medicine and show how, in counterpoint to a scientific knowledge objective, it tries to promote an ethical intent of inter-subjective relation intimately articulated in the action field of biographic research. On the other hand, we approach the importance of assigning support pairs and of the biographic methods in the treatment history of alcohol dependence.

Keywords: narrative medicine; biographic methods; alcoholism.gie.

ORIGINE ET PLACE DE LA CLINIQUE DANS LES SCIENCES MEDICALES ET DANS LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Lorsque l'on évoque le terme «clinique», il est d'usage de référer immédiatement au registre biomédical, lequel puise ses fondements épistémologiques sur les bases de la méthode dite «anato-mo-clinique» et des apports de la médecine expérimentale introduits par Claude Bernard à partir de concepts empruntés aux sciences physico-chimiques (Bernard, 1865). Historiquement associée au développement d'une médecine scientifique qui s'origine en Europe occidentale à la fin du XVIIIème siècle, Michel Foucault, a très finement décrit les mécanismes complexes qui vont conduire à une transformation des savoirs médicaux et de leur généralisation (Foucault, 1963). A cette époque, l'appréhension clinique du vivant bascule en effet vers l'expérience anatomique et l'avènement d'une «clinique des corps morts» dans laquelle on interroge le cadavre pour mieux comprendre le vivant. En ce sens, il s'agit d'une clinique du regard et de l'observation dans laquelle le discours du patient vient avant tout prendre sens par rapport aux cadres de références du praticien. Pour ce dernier, point n'est besoin d'accorder pleine confiance à la parole du malade. Plus encore, celle-ci, entachée de subjectivité et de savoirs profanes doit, au contraire, être soigneusement relativisée. Il s'agit en effet d'identifier les modifications pathologiques de l'organisme à l'aide de symptômes observés sur le vivant et de proposer un diagnostic par l'observation directe afin d'alimenter les catégories du diagnostic, du pronostic et du traitement.

On pourrait donc suggérer qu'il y a ici adéquation métaphorique parfaite entre le terme clinique, qui provient du grec «*klinikos*» et de «*klinein*», c'est-à-dire «être couché», et la situation objective que rencontrerait le patient face au médecin. En effet, le malade se trouve généralement confronté à un pouvoir médical et technique qui le dépasse et qui organise pour l'essentiel son action à partir de la référence à des normes bio psychophysiologiques produites en extériorité par rapport à la singularité de la situation rencontrée. Le médecin s'efforce d'objectiver les troubles que présente le malade en procédant par liens d'inférence et de classification. Le signe clinique va ainsi se trouver rattaché à un syndrome pour orienter la mise en œuvre d'un traitement médical ou chirurgical supposé permettre la disparition ou l'allègement du symptôme. La pertinence de ce modèle a ainsi donné naissance à «l'evidence based medicine», s'appuyant sur des «données probantes», c'est-à-dire une

médecine scientifique fondée sur des preuves issues d'essais cliniques randomisés. De la sorte, tel signe renvoyant à tel syndrome puis à tel traitement, le praticien, par souci d'efficacité, se préoccupe finalement assez peu de la subjectivité du patient, afin d'appliquer des procédures thérapeutiques supposées adaptées à la souffrance qui le conduit à consulter le corps médical. L'approche est clinique, en ce sens qu'elle s'adresse bien à un individu, mais sur la base d'une objectivation du sujet qui s'opère parfois au prix de son effacement relatif.

Par ailleurs, la médecine techno-scientifique, malgré sa puissance heuristique, rencontre aujourd'hui des limites par ailleurs très bien identifiées par les praticiens de santé. De nos jours, ces derniers savent en effet parfaitement que l'exercice médical se trouve désormais mis à mal par plusieurs phénomènes qu'ils ne sauraient ignorer: face au vieillissement de la population et au développement des pathologies chroniques qui posent très clairement le problème de l'accompagnement au long cours des patients et donc de la prise en compte de leurs modes de vie, de leur culture et de leur subjectivité, s'ajoute le poids des problèmes économiques liés à l'impossibilité d'un développement exponentiel des frais médicaux. En outre, les praticiens s'affrontent également à tout un pan de leur activité qui relève de la souffrance au travail et de l'épineux problème de la clinique du «lien défait» (Ravon, 2005), c'est-à-dire, plus particulièrement dans le champ de la santé mentale, à l'incidence des faits sociaux sur les troubles psychopathologiques (Lazarus, 1995). En d'autres termes, il n'est pas envisageable aujourd'hui pour un clinicien d'ignorer ces phénomènes et il est probable que la distinction entre norme et normativité, proposée par Georges Canguilhem devient aujourd'hui un enjeu clinique majeur pour les praticiens de santé (Canguilhem, 1966). De la sorte, la maladie ne peut se réduire à une perspective objectivante telle que le propose parfois le discours médical, ou à une pensée scientifique qui s'appuierait sur la variation quantitative d'éléments par rapport à une norme : *«La vie humaine peut avoir un sens biologique, un sens social, un sens existentiel. Tous ces sens peuvent être indifféremment retenus dans l'appréciation des modifications que la maladie inflige au vivant humain. Un homme ne vit pas uniquement comme un arbre ou un lapin. (...) L'obstacle à la biologie et à la médecine expérimentale réside dans l'individualité.»* (Canguilhem, 1966, p 155)

Ainsi, en complément des pratiques cliniques biomédicales évoquées plus avant, se développe aujourd'hui tout un champ de pratiques regroupées sous le terme de «narrative medicine» (Charon, 2001) laissant fort opportunément place à la dimension biographique.

L'IRRUPTION DU *SUJET DESIRANT* DANS LA CLINIQUE

Si l'œuvre de Freud et de ses successeurs est parfois très discutée aujourd'hui, reconnaissons-lui, à tout le moins, la paternité d'une rupture fondamentale dans la clinique : il s'agit de la prise en compte de l'inconscient. Structuré comme un langage, celui-ci va se constituer à partir du discours de l'Autre² et situer le sujet dans un registre symbolique à partir duquel le signifiant qui s'énonce ne peut désormais plus être considéré en totale adéquation avec le signifié. Le sujet de l'énonciation fait alors jour et ne saurait être envisagé comme réductible au sujet de l'énoncé. C'est ainsi que la demande du sujet en direction du clinicien ne peut être considérée sur le seul registre du souci de satisfaction d'un besoin exprimé, mais bien également comme l'esquisse d'un désir inconscient qui cherche à se faire entendre au travers du discours. Au-delà même de l'appropriation effective de ce qui pourrait

² «l'Autre», ou «grand Autre», est à distinguer ici de «l'autre», appelé encore «petit autre», c'est-à-dire autrui, notre semblable. L'Autre, dans la théorie psychanalytique, représente une figure d'altérité radicale et atteste que le sujet se trouve pris dans un ordre symbolique antérieur et extérieur à lui-même et auquel il ne peut structurellement se soustraire du fait de son inscription dans le langage. C'est à partir de cet Autre que le sujet parle et désire.

a priori satisfaire le besoin, la demande recouvre également l'expression d'un «manque à être» qui s'articule inconsciemment dans la parole adressée à autrui. En d'autres termes, du fait de son inscription symbolique dans le langage, la demande du sujet ne peut être réduite à la satisfaction du besoin pour lequel elle s'énonce. C'est dans cet écart entre le besoin et la demande que naît le désir qui n'a finalement d'autre issue que de se déployer indéfiniment dans une demande jamais totalement assouvie.

Par ailleurs, le procès de la connaissance introduit par la perspective psychanalytique soulève très finement la problématique de l'implication de l'observateur dans l'étude des situations rencontrées. L'approche psychanalytique impose ainsi au praticien qui s'en inspire le détour par lui-même en tant qu'il se trouve lui-même partie prenante dans l'activité d'écoute et d'échange avec le sujet qui lui fait face. Phénomènes de transfert et de contre transfert devront alors être pris en compte en tant que données subjectives mais néanmoins significatives et nécessaires à la construction d'une lecture des situations rencontrées tendant paradoxalement à «l'objectivité», au respect, à la confiance et à l'authenticité. Dans cette perspective, le sujet auquel s'adresse le clinicien doit être considéré comme fondamentalement irréductible à une observation qui serait produite en extériorité par rapport à la prise en compte de la subjectivité des protagonistes.

L'ensemble de ces principes relativise bien entendu considérablement une lecture positiviste et «techniciste» des problèmes rencontrés et introduit ici une rupture avec une lecture parfois quelque peu réductrice de la clinique biomédicale.

UNE PERSPECTIVE CLINIQUE CENTREE SUR LA RECHERCHE BIOGRAPHIQUE

Pierre Dominicé et Stéphane Jacquemet, dans une note de synthèse consacrée aux liens entre formation et santé, ont attiré l'attention sur les liens existant entre les champs de la clinique médicale et des pratiques de formation d'adultes (Dominicé & Jacquemet, 2009). Ainsi, nous savons combien la prise en compte des récits de formation d'apprenants participant à des démarches de «biographie éducative» renseigne très efficacement sur les styles d'apprentissages des participants et sur la manière dont ils élaborent leurs savoirs dans une dynamique de formativité (Honoré, 1977). Le récit de formation donne alors accès à la manière dont les individus *biographient* leurs expériences de formation (Delory-Momberger, 2009). De manière sécante, et dans la perspective ouverte par la médecine narrative, le récit de vie du patient lui permet de mieux saisir les enjeux biographiques des problèmes posés par sa maladie et attire l'attention non plus sur la seule norme biologique en matière de santé, mais bien sur la normativité, c'est-à-dire, nous l'avons vu précédemment, sur le rapport affectif qu'entretient le patient avec son trouble (Canguilhem, 1996).

A ce point de notre propos, il importe d'explicitier brièvement ici ce que nous indiquons lorsque nous convoquons l'expression «recherche biographique». Si l'on tente de définir succinctement la recherche biographique par son projet scientifique, on peut indiquer que celle-ci se donne pour objet d'étudier les processus de construction du sujet au sein de l'espace social, c'est-à-dire de saisir les manières dont les individus donnent forme à leurs expériences, comment ils font signifier les situations et les événements de leur existence, comment ils agissent et se construisent dans leurs environnements historiques, sociaux, culturels et politiques (Delory-Momberger, 2009). Les pratiques qui réfèrent au champ de la recherche biographique peuvent ainsi donner lieu à des modalités de recherche, d'intervention, voire à une combinaison de ces intentionnalités. Dans cette perspective, la «clinique narrative» s'inscrit très clairement dans le champ de la recherche biographique et renvoie à la mise en œuvre d'une approche compréhensive des conduites humaines dans laquelle le chercheur et/ou le praticien se fondent sur le recueil de données biographiques et sur l'analyse approfondie de cas individuels, voire de groupes. L'accent se trouve ainsi placé

sur l'écoute de «sujets» plus que sur l'observation «d'objets». Ainsi, le point de convergence entre ces différentes recherches s'organise en fait autour d'un repère central: l'attention clinique portée à la reconstruction narrative de l'histoire de vie d'une ou de plusieurs personnes par le récit oral et/ou écrit de celle-ci.

ENTENDRE ET ÉCOUTER LE SUJET CONTEMPORAIN: ENJEUX ET DEFIS DE LA CLINIQUE NARRATIVE

Cette attention clinique que nous évoquons ici présuppose donc que le narrataire se trouve en capacité de pouvoir entendre et écouter le narrateur. Au-delà de cette simple évidence, l'affaire est cependant bien moins simple qu'il n'y paraît. En effet, «entendre» renvoie à l'action de percevoir par l'ouïe, alors qu'«écouter» suggère la capacité de prêter «oreille attentive» à autrui. Dans le premier cas, l'attitude peut être tout à fait passive, alors que dans le second, l'inaction relative s'efface au bénéfice d'un effort d'attention à l'autre. Cette banale distinction n'est cependant pas sans conséquences. En effet, si écouter, tâche éminemment complexe, présuppose de pouvoir entendre, il n'est pas certain que les injonctions qui pèsent aujourd'hui sur les professionnels de la relation, de la santé et des «métiers de l'humain» le permettent désormais si aisément. Dans bien des cas, le souci technocratique de «rationalisation des procédures» évacue la possibilité même d'entendre le sujet alors que se multiplient grilles de cotation et d'évaluation supposées rendre compte d'une réalité «objective» qui, de manière apparemment paradoxale, éloigne un peu plus encore les professionnels des personnes qu'ils sont chargés d'accompagner.

D'une autre manière, le projet d'une clinique narrative donne au discours du sujet une place tout à fait centrale en tant que celui-ci constitue une irremplaçable source d'informations pour éclairer la manière dont les individus élaborent leurs représentations d'eux-mêmes, leurs relations à autrui et comment, à l'articulation de l'individuel et du social, ils donnent forme à leurs expériences. Sur un plan épistémologique, cette attention portée au discours du sujet, à la manière dont il biographie ses expériences, renseigne ainsi deux registres de connaissance étroitement articulés: le fonctionnement singulier d'un sujet agit par une économie psychique et une trajectoire toujours singulière, mais également sur la genèse socio-individuelle de l'individu contemporain. En d'autres termes, la clinique narrative, outre le fait qu'elle se distingue d'une vision restrictive de la clinique «biomédicale», s'appuie sur un référentiel théorique pluridisciplinaire visant à articuler la compréhension de la réalité subjective du sujet et de la réalité objective des faits bio-psycho-sociaux. Dans cette perspective, la clinique narrative renvoie à une posture susceptible de se déployer dans de très nombreux domaines de recherche et d'intervention. Nous employons ici à dessein le terme de «posture» pour qualifier non seulement une posture épistémologique, mais également une manière d'être et d'interagir avec soi et avec l'autre. En effet, l'attitude corporelle, la manière dont se tient le corps, jouent ici un rôle non négligeable. En résumé, cette posture clinique s'appuie sur la prise en compte de la parole du sujet via la narration des multiples aspects composant sa trajectoire biographique, sur la pluridisciplinarité des références théoriques convoquées, mais aussi sur la nécessité, pour le narrataire, d'avoir effectué un «travail sur soi» dans la perspective d'une meilleure prise en compte de son implication transférentielle et contre-transférentielle, gage nécessaire mais non suffisant à l'établissement d'une relation de confiance solide et durable.

Pour autant, un tel projet, outre qu'il soulève de délicates questions liées à la difficulté de mettre en œuvre un travail interdisciplinaire, pose également le problème du statut de la réflexivité dans le champ scientifique. En effet, si l'attention à la singularité devient aujourd'hui un enjeu majeur de la recherche en tant qu'elle constitue une voie privilégiée

pour appréhender la complexité des rapports de co-émergence entre les individus et la société, il reste que l'usage du biographique en médecine et dans les sciences humaines et sociales fait généralement l'objet d'une profonde suspicion académique quant à la validité de ce type de production. Très classiquement, les réserves avancées portent sur l'interrogation à disposer d'un «discours de vérité» via l'usage des catégories du biographique et sur la notion «d'illusion biographique» (Bourdieu, 1986). Dans une perspective positiviste, on conviendra en effet aisément que le récit de l'acteur social ne peut être pris «pour argent comptant», tant celui-ci se trouve généralement agi par des déterminations sociales et psychiques que l'individu interrogé méconnaît très largement. Dans le champ médical, on sait par ailleurs combien les représentations empiriques des patients peuvent s'éloigner considérablement de la rationalité des savoirs médicaux (Laplantine, 1986). En conséquence, dès lors que la subjectivité est sollicitée via le recueil d'un récit, quel statut scientifique peut-on accorder aux données recueillies? En outre, le récit de tout individu confronte le chercheur et le clinicien au phénomène de «l'illusion rétrospective», qui conduit parfois le narrateur à reconstruire le passé en fonction de logiques contextuelles et personnelles, à celui de «l'illusion prospective», qui présuppose que l'existence aurait un sens et que l'action s'organiserait de manière lucide en fonction d'une finalité clairement identifiée, et enfin aux éventuelles dérives narcissiques. Pour autant, tout praticien d'expérience dans ce domaine sait l'importance de la prise en compte de ces phénomènes dans sa pratique et la possibilité d'en contourner les effets pour les prendre en compte dans l'analyse du récit. Par ailleurs, les représentations subjectives que livrent les individus structurent en effet non seulement leur «rapport au réel», mais sont également bien réelles dans leurs conséquences.

Ainsi, plus qu'un discours de «vérité», au sens d'une vérité historique stricte des faits rapportés, ce qui nous importe de recueillir dans un récit traduit probablement plus ce qui relève d'une «vérité approchée» venant témoigner de la véracité et de l'authenticité du discours d'un sujet livrant, en confiance, à un moment donné et dans un contexte donné, un point de vue sur le réel. Nul ne disconviendra que ce point de vue est teinté de subjectivité. Pour autant, cette subjectivité, inhérente au fonctionnement humain et à ses catégories de pensée, n'en est pas moins agissante dans ses conséquences pratiques pour autant que l'interlocuteur soit en mesure de décoder ce qui se joue dans l'ici et maintenant de l'interaction, tant pour le narrateur que pour lui-même.

L'EXEMPLE DE LA CLINIQUE DE L'ALCOOLISME

Si les rapports parfois problématiques entre l'homme et l'alcool sont connus depuis fort longtemps, ce n'est qu'à la fin du dix-neuvième siècle que la médecine commencera à s'intéresser de façon systématique à l'alcoolisme, à proposer des modèles théoriques et surtout à considérer «l'ivrogne» comme un malade. En effet, corrélativement au début de l'industrialisation, de nouvelles modalités de consommation d'alcool apparaissent et viennent rompre avec un usage festif plus traditionnel. L'alcool n'est plus seulement utilisé de façon rituelle, pour scander des manifestations collectives, mais surtout pour aider à supporter la misère qui éreinte les classes sociales économiquement les plus désavantagées. Plusieurs modèles paradigmatiques vont se succéder pour tenter de rendre compte de ces phénomènes d'alcoolisation pathologique.

Dans un premier temps, des ligues de tempérances s'emparent de ce problème naissant et imposent l'idée d'un modèle «moral» de l'alcoolisme: l'alcoolique, esclave du plaisir et du vice, commet «le péché d'ivrognerie». Accueilli au sein de missions ou de refuges, il est encouragé de différentes manières à la pénitence. Les résultats thérapeutiques ne seront

évidemment guère encourageants. Par ailleurs, l'alcoolisme, même s'il n'est pas encore nommé ainsi³, devient très vite un problème de santé public majeur qui commence à sérieusement préoccuper un champ médical alors très influencé par les modèles anatomo-cliniques. Dans cette perspective, le patient présentant un problème avec l'alcool est minutieusement observé au travers des désordres physiologiques induits par l'intoxication alcoolique chronique, mais finalement très peu écouté. A cette époque, le milieu médical participe activement à la «rédemption de l'ivrogne» en étudiant les désordres physiologiques d'un alcoolique finalement destiné à faire «avancer la science». En effet, ce sont essentiellement les manifestations pathologiques liées à l'intoxication alcoolique chronique, c'est à dire les alcoolopathies, qui retiennent alors toute l'attention du corps médical. Les médecins décrivent avec précision les complications somatiques liées à l'intoxication alcoolique chronique (varices œsophagiennes, cirrhose décompensée, atteintes de l'encéphale, troubles du système nerveux, etc.) alors que le comportement du patient apparaît très largement incompréhensible. Se donnant à voir comme gouverné par la loi du tout ou rien à l'égard de l'alcool, l'alcoolique est alors considéré comme un être faible et sans volonté, devant être mis au ban d'une société qui doit se protéger du fléau de l'alcoolisme. En effet, comment, contre toute logique apparente, et malgré les recommandations de tempérance qui ne cessent de lui être adressées par l'autorité médicale, ce patient peut-il continuer à nuire gravement à sa santé et à son entourage en s'adonnant immodérément à sa passion pour un toxique ? Alors que les critères d'objectivation scientifique se révèlent manifestement impuissants à éclairer l'étiologie du problème et à contribuer à la mise en œuvre d'un traitement opérant, l'alcoolisme demeure en grande partie un mystère pour les praticiens de l'époque.

Une première rupture paradigmatique

Ce n'est qu'en 1939 qu'Elvin Morton Jellinek, médecin américain, introduira une rupture significative dans la compréhension de l'alcoolisme. Collaborant étroitement avec les Alcooliques Anonymes, ce chercheur, à la suite d'observations concernant plus de deux mille personnes, donnera sa caution scientifique au postulat théorique «d'irréversibilité» de l'alcoolisme et à la nécessité d'une abstinence complète et définitive préconisée par les Alcooliques Anonymes (Jellinek, 1960). Ce modèle, révolutionnaire à l'époque, contribuera à transformer radicalement la perception des praticiens confrontés aux personnes alcooliques. L'alcoolique ne sera désormais plus réductible à ses atteintes physiologiques. Il tend à devenir un sujet qui souffre d'un trouble désormais identifié par la médecine sous le nom de «maladie alcoolique».

Il importe de souligner la place des malades dans ce premier changement paradigmatique. En effet, si le terme «maladie alcoolique» procède d'un recodage sémantique de la part du corps médical, ce sont bien les patients eux-mêmes qui vont initier de manière empirique le premier modèle de traitement jugé efficace dans le traitement de l'alcoolisme. Sans entrer dans de trop nombreux détails, notons ici l'importance des mouvements néphalistes de l'époque et plus particulièrement la place des Alcooliques Anonymes. Ce mouvement fut créé aux Etats Unis en 1935 par un médecin et un courtier New-yorkais, se décrivant tous deux comme des «alcooliques invétérés». Après avoir épuisé sans succès les ressources proposées par le corps médical, ils postulèrent que le meilleur moyen de rester abstinent était de parler à un autre alcoolique et de l'aider. Les AA, à travers des réunions «fermées», c'est à dire réservées aux seuls alcooliques, et de quelques réunions «ouvertes» accueillant les personnes professionnellement intéressées, s'efforcent de s'entraider à rester abstinent. Il

³ C'est en 1848 Magnus Huss, médecin suédois, proposera de substituer à «ivrognerie» le mot «alcoolisme» en le définissant comme «l'ensemble des troubles engendrés par l'abus d'éthanol.»

n'existe aucun leader formel du groupe et la méthode employée exploite la valeur particulière du témoignage pour l'aide à l'abstinence. Pour de nombreux auteurs, l'action des AA répond aux besoins spécifiques de ses membres en substituant la relation de groupe à l'alcool. Cette situation favorise les identifications réciproques des participants et permet une restauration de l'estime de soi efficiente et rapide, alors que s'instaure un idéal du moi collectif peu culpabilisant représenté au maximum dans l'abandon à la «puissance supérieure» à laquelle se réfèrent les AA. Dès lors, la reconnaissance de l'impuissance du sujet à maîtriser sa consommation d'alcool, plus que d'accentuer les difficultés narcissiques préexistantes, lui permet d'adhérer à l'idéologie des AA à l'aide d'un transfert idéalisant.

Dans les années soixante, ces travaux trouveront des prolongements en Europe, et plus particulièrement en France sous l'impulsion du Dr Pierre Fouquet, «père» de l'alcoologie Française et auteur d'une classification de l'alcoolisme qui porte son nom. A la suite de ses travaux, de nombreux établissements spécialisés vont s'inspirer de la notion de «psychothérapie éducative» (Fouquet, 1956). Conçue pour s'adapter au plus grand nombre, une partie du traitement qui en découle, dans le droit fil du paradigme de l'éducation thérapeutique des patients, se trouve axée autour d'un enseignement qui prend la forme de véritables cours d'alcoologie destinés à transmettre au sujet une information la plus complète possible sur son affection. L'objectif est ici de lutter contre la méconnaissance, le déni, et de faire prendre conscience au sujet de ses difficultés avec l'alcool. Les notions de «maladie alcoolique» et «d'alcoololo-dépendance» viennent ici légitimer un discours biomédical sur l'alcoolisme et limiter ainsi la forte culpabilité des patients. Une autre partie du traitement s'organise classiquement autour d'un travail psychothérapeutique qui prend la forme de groupes de parole.

Toutefois, la perspective développée à l'époque par Fouquet s'est trouvée au fil des années quelque peu dénaturée en raison des difficultés rencontrées par les alcoologues auprès de leurs patients. L'auteur, qui identifiait trois facteurs essentiels dans la maladie alcoolique (le facteur toxique, le facteur de tolérance et le facteur psychologique) insistait tout particulièrement sur ce dernier point dans la genèse de l'apparition de la maladie. Il suggérait à ses patients d'écrire leur autobiographie afin de favoriser un travail de retour sur soi destiné à préparer l'avenir. Or, il est remarquable de constater que l'intuition clinique de Fouquet concernant l'autobiographie n'a pas connu de développements significatifs durables dans les milieux spécialisés.

Reste que pour toute une génération de praticiens et de chercheurs, l'alcoolisme va désormais être considéré comme une maladie dont la caractéristique essentielle, selon la célèbre formule de Fouquet, s'organise autour de «la perte de liberté de s'abstenir d'alcool». Au-delà de quelques différences de catégorisation, la plupart des modèles cliniques actuellement employés en alcoologie tendent à promouvoir l'hypothèse théorique d'un patient atteint d'une «maladie de l'alcoololo-dépendance». Ce paradigme, encore largement dominant à notre époque, organise ce qu'on appelle le modèle biomédical de l'alcoolisme. Celui-ci affirme l'existence d'un ensemble de troubles regroupés sous le terme générique de «maladie alcoolique», faisant suite à une phase prodromique variée selon les sujets, et dont la phase d'état se caractérise par une maladie chronique, irréversible, et dont le seul traitement possible réside dans l'abstinence totale et définitive de toute boisson alcoolisée. Le traitement, qu'il soit hospitalier ou ambulatoire, associe généralement trois approches: pharmacologique, informative et psychothérapeutique. Subséquemment, nous l'avons vu, l'accompagnement des personnes alcoololo-dépendantes s'appuie tout à la fois sur la mise à disposition d'une information sur la notion de maladie alcoolique et sur un travail de psychothérapie de groupe qui vise à rétablir la communication avec soi et autrui. Une part importante du processus de soin repose sur le phénomène d'identification protectrice destiné à favoriser une restauration narcissique du sujet. Or, l'apparition de ces phénomènes identificatoires va classiquement très fortement s'étayer sur la notion de

témoignage. En effet, celui-ci joue un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes alcooliques dans la mesure où il contribue à permettre que chaque patient s'engage dans un travail de reconnaissance de ses difficultés et de celles des autres avec l'alcool. Par ailleurs, dans ce travail réflexif, tous les patients n'en sont pas nécessairement au même stade de maturation et les personnes ayant déjà l'expérience de l'abstinence contribuent à proposer des modèles comportementaux socialement acceptables aux autres malades, eux-mêmes en quête d'une identité valorisante. C'est en particulier pour cette raison que le travail des structures de soins s'effectue fréquemment en partenariat étroit avec les membres d'associations néphalistes. Ces derniers, invités à venir s'exprimer régulièrement au cours de réunions d'information, participent activement à l'accompagnement thérapeutique des patients hospitalisés. Indépendamment de l'aide, de l'écoute et de l'attention portée aux personnes hospitalisées, leur témoignage sur leur propre parcours d'alcoolique abstinent, et parfois même leur seule présence, atteste pour autrui de la possibilité de s'engager dans ce parcours de soin avec succès. Ce processus entraîne un véritable «retournement de situation» en ce qui concerne la stigmatisation sociale de l'alcoolique en favorisant l'intériorisation de la norme du groupe «d'alcoololo-dépendants devenus abstinents», par ailleurs très fortement valorisée par le discours médical.

Une seconde rupture paradigmatique

Cependant, dès la fin des années 60, une nouvelle crise paradigmatique va affecter la cohérence interne des modèles scientifiques qui fondent la pratique médicale en alcoologie. En effet, plusieurs recherches vont tendre à montrer que les conduites alcooliques n'évoluent pas irrémédiablement vers les stades les plus graves et qu'elles seraient en outre susceptibles d'être modifiées sans que le recours à l'abstinence soit un passage obligé (Nadeau, 1988). Dans un premier temps, cette remise en cause de la notion de progression et d'irréversibilité sera très fortement contestée par la communauté des alcoologues. Celle-ci considère en effet que les résultats de ces études pourraient être la conséquence d'erreurs diagnostiques concernant des patients «buveurs excessifs» et non réellement alcoololo-dépendants. Néanmoins, d'autres études viendront peu à peu bientôt corroborer les premières et amener les alcoologues à nuancer leurs modèles de compréhension de l'évolution de la maladie alcoolique. Par ailleurs, dès les années 80, la question de l'intentionnalité d'un sujet non réductible à sa seule maladie va désormais s'inviter au cœur des débats. En effet, à côté d'effets protecteurs indéniables, l'usage même des termes de «maladie» et de «dépendance» dans le champ de l'alcoolisme n'est pas sans entraîner d'épineuses questions épistémologiques et cliniques. Pour exemple, la locution «maladie», entendue au sens strictement médical, se prête finalement assez peu à l'identification précise des troubles observés. En effet, si l'on cherche à décrire les conséquences d'une consommation abusive et prolongée d'alcool sur l'organisme humain, l'on sait qu'un mésusage d'alcool peut entraîner des troubles physiologiques et déterminer des maladies somatiques sans pour autant qu'une alcoololo-dépendance soit avérée. Or, c'est bien sur la notion de «dépendance» que le discours médical s'appuie pour proposer l'idée de maladie alcoolique. Ainsi, si ce concept de dépendance à l'alcool est référé à des hypothèses étiologiques de type biochimique, la notion de maladie, au sens où elle se trouve associée à une altération physiologique à l'origine des troubles observés, est pertinente. Mais, lorsque l'on se réfère à d'autres hypothèses, telle que celle d'un trouble du comportement qui prendrait racine dans la psyché, alors il n'est pas certain que le terme de maladie soit tout à fait approprié. En effet, il faudrait ici recourir au champ de la maladie mentale, dont on sait combien l'opposition entre une perspective organiciste et psychogénétique introduit un débat où l'identité même de la psychiatrie n'a de cesse d'osciller entre science de l'homme et science de la nature pour qualifier son activité. En second lieu, la «dépendance» ne doit

pas être ici trop rapidement réduite à l'unique figure de l'alcoolodépendance et encore moins aux seuls effets biochimiques dus au manque d'alcool. En effet, il existe un aspect profondément universel de la notion de dépendance et l'alcoolodépendance pourrait n'être, en fait, que l'un des prolongements excessifs d'une dimension indissociable de toute conduite humaine (Memmi, 1979). Ainsi, la dépendance alcoolique est sans doute trop souvent envisagée sous son seul aspect d'assujettissement au toxique. Albert Memmi remarque fort justement que dans toute dépendance, malgré un prix à payer parfois fort onéreux, le sujet trouve tout à la fois obligation et satisfaction. Ainsi, le fait que le dépendant pense pouvoir tirer quelques avantages d'un objet supposé combler immédiatement son manque, réintroduit la question de l'intentionnalité du sujet évoquée plus avant. Contrainte et plaisir peuvent en effet être considérés comme deux éléments indissociables de cette la notion de besoin que l'on retrouve à la base de toute dépendance. En bref, l'universalité des phénomènes de dépendance met au jour une dimension profondément humaine, au moins aussi importante que les phénomènes biochimiques sans doute à l'œuvre dans la plupart des formes d'alcoolodépendance. Pour autant, ce sont essentiellement ces derniers qui déterminent l'usage de la notion de «maladie alcoolique». Or, si le recours à la notion de maladie incite l'alcoolodépendant à s'engager dans un processus de soins, ceci impose trop fréquemment, dans le même temps, une vision univoque des problèmes rencontrés. Le symptôme alcoolique, via les concepts de maladie alcoolique et d'alcoolodépendance, se trouve ainsi «recodé» de façon négative alors même que les composantes homéostatiques du recours au toxique sont mises à l'écart. Ainsi, pour Michel Legrand l'accompagnement thérapeutique des personnes alcooliques doit se centrer à la fois sur la «gestion du symptôme», c'est à dire sur un programme thérapeutique prenant en compte une modification effective des habitudes de consommation d'alcool, et sur une démarche visant à explorer «le sens historico-existential du recours à l'alcool» (Legrand, 1997). L'auteur rejoint ici la position de Jean Maisondieu pour qui la notion de maladie alcoolique, si elle répond à «une moindre stigmatisation du buveur excessif en l'exonérant de l'intentionnalité perverse d'un jouisseur sans foi ni loi» aboutit malheureusement à nier l'alcoolique en tant que sujet «en lui retirant la capacité de gouverner personnellement son existence» (Maisondieu, 1996). Sans nier la réalité des aspects biologiques qui accompagnent les phénomènes d'alcoolodépendance, il nous semble que les conduites alcooliques ne sauraient être réduites à ces seules dimensions.

Par ailleurs, l'utilisation même du concept de maladie alcoolique est susceptible d'entraîner de redoutables effets indésirables. En effet, ce modèle de la maladie alcoolique, en proposant une explication biomédicale des troubles dont souffre le sujet, ne favorise guère un travail sur le sens singulier du rapport du sujet à son toxique de prédilection. Dès lors, la pratique alcoologique se trouve fréquemment confrontée à de véritables impasses lorsqu'il s'agit de travailler sur les facteurs psychologiques qui participent de l'apparition des troubles observés chez les patients. Les techniques de psychothérapie individuelle se heurtent en effet classiquement aux difficultés pour ces malades de s'engager dans un transfert avec le thérapeute, alors que la psychothérapie de groupe, considérée comme mieux adaptée au profil psychologique de ces patients, montre rapidement ses limites. En effet, le travail de ces groupes de parole ne consiste généralement pas à rechercher les causes profondes liées à l'apparition de la maladie, mais plutôt à favoriser une identification réciproque des participants, elle-même destinée à réduire la culpabilité éprouvée. Du fait de la problématique identitaire classiquement rencontrée chez ces patients, il existe en effet une adhésion forte à la «carte d'identité de malade alcoolique» qui leur est proposée à la faveur d'un discours médical spécialisé insistant sur la notion de maladie alcoolique et d'alcoolodépendance. Ce modèle identificatoire du malade alcoolique, malgré sa pertinence en termes de lutte contre les phénomènes mortifères associés à ces troubles, tend ainsi à occulter toute recherche de sens relative à l'histoire du sujet. La maladie alcoolique est désormais responsable des difficultés du sujet alors même que ce dernier disparaît derrière cette dénomination souvent

jugée infamante hors des réseaux spécialisés. Nous sommes donc loin ici de l'objectif initial de Pierre Fouquet qui, désirent échapper au clivage habituel soma/psyché, souhaitait que les personnes alcooliques puissent tout à la fois lutter contre les détériorations consécutives à l'intoxication alcoolique chronique et remettre en cause la structure même de leur vie en s'appuyant sur une relecture de leur histoire personnelle.

En d'autres termes, l'intentionnalité du sujet se trouve finalement très peu sollicitée dans les modèles explicatifs traditionnellement privilégiés par l'alcoologie contemporaine. Puisque le sujet souffre d'une maladie, sa responsabilité ne saurait être totalement engagée. Or, si cette hypothèse favorise un utile apaisement de l'angoisse et de la culpabilité, elle ne doit pas faire oublier que ce qui fonde le recours à l'alcool pour le sujet n'est peut-être pas tant la dépendance que l'impulsion à l'ivresse pour faire face à ses difficultés existentielles. Dès lors, si le patient ne saurait bien entendu être considéré comme «coupable» de son affection, l'exonérer de sa responsabilité dans le drame qui l'occupe peut également rendre délicat une réorientation assumée de son existence. Enfin, le modèle de la maladie alcoolique, compte tenu des troubles de l'individualisation que présentent classiquement ces personnes, tend à favoriser la confusion entre appartenance et identité. Ainsi le trait d'appartenance «être alcoolo-dépendant» ne définit aucunement la pluralité et de la combinatoire des éléments constitutifs de son identité singulière et va fréquemment entraîner une relation de type fusionnel avec le groupe des personnes alcooliques, favorisant un discours fortement redondant chez les personnes alcooliques hospitalisées: «on est tous pareils, tous là pour la même chose, tous malades de l'alcool». Le sujet risque alors de ne pouvoir dépasser une première phase identificatoire: «je suis un malade alcoolique comme les autres» qui, si elle lui permet de garder le toxique à distance, ne résout en rien la question du rapport à l'altérité en dehors de la référence à son groupe d'appartenance.

Le travail biographique comme modalité d'accompagnement entre pairs

Face à ces difficultés, de nombreux praticiens ont cherché à promouvoir de nouvelles modalités d'accompagnement avec les personnes alcooliques afin qu'elles puissent être confrontées aux questions de sens auxquelles elles se heurtent. A cette fin, les approches biographiques peuvent s'avérer pertinentes lorsqu'elles sont utilisées en complémentarité d'un accompagnement thérapeutique plus classique. Nous avons largement décrit ailleurs cette méthode (Niewiadomski, 2000, 2012) qui propose un accompagnement destiné à s'inscrire en complémentarité des modes de prise en charge habituellement offerts dans les centres de désintoxication pour malades alcooliques. Six à huit personnes volontaires composent ces groupes qui se déroulent à raison de trois séances par semaine au cours d'une hospitalisation d'environ trois mois. En ce qui concerne les modalités de recueil du matériau biographique et son traitement, plusieurs périodes organisent le travail proposé aux personnes alcooliques. L'on ne retiendra ici que les deux principales: la période d'énonciation et la période de travail collectif sur les énoncés. Pour dire vite, un travail de «relecture existentielle» va ainsi être initié à partir d'un questionnement collectif autour de la place et du rôle de l'alcool dans l'histoire de chacun. Puis, les échanges menés dans le groupe vont bientôt déborder cette seule dimension pour ouvrir la réflexion sur des domaines pluriels impliquant les sujets au-delà de leur seul rapport au toxique. La réalisation de différents supports inducteurs du récit tels que l'arbre généalogique, la trajectoire biographique, le projet parental... sont proposés aux participants, afin d'élargir leur travail réflexif à une investigation biographique à la fois individuelle, mais également familiale, sociale, culturelle et territoriale dans la perspective développée par le courant de la sociologie clinique. L'objectif est de proposer aux patients un espace d'interlocution susceptible de conduire le sujet

à un travail d'interprétation de son récit s'appuyant sur des hypothèses de travail co-construites dans le groupe. Il s'agit alors d'encourager la capacité des participants à «passer du statut d'objet déterminé par l'histoire à celui de sujet produisant la sienne» (Gaulejac, (de), 1987). La visée est ici l'émergence du sujet et de son autonomie à la faveur d'un travail lui permettant d'explorer les dimensions singulières et collectives qui organisent tout récit de vie. Pour ce faire, on aura non seulement recours à la proposition de référents théoriques pluriels, mais aussi et surtout à la mise en œuvre d'une dynamique de groupe qui, une fois dépassée la phase de désordres psychophysiologiques liée au sevrage, s'appuie sur le modèle de co-investissement dialectique proposé par Gaston Pineau. Dans ce modèle, le sens qui est susceptible de suivre le travail d'interprétation de l'énoncé d'un participant va s'organiser dans un espace relationnel susceptible de favoriser l'émergence de sens au-delà de la seule conscience que peuvent en avoir le narrateur et les personnes qui reçoivent son récit de vie: «Le locuteur est immergé dans sa vie, l'interlocuteur ne l'est pas et est vu comme l'autre extérieur ouvrant un espace d'expression et de compréhension (...) Dans le modèle dialectique, l'espace est occupé par un déplacement réciproque qui cherche le point de vision optimum permettant au locuteur de se distancier de sa vie en s'approchant des systèmes de compréhension et à l'interlocuteur de s'approcher suffisamment de cette vie en sortant de ses systèmes conceptuels» (Pineau, 1992).

Au final, l'intention du dispositif s'organise autour de la réappropriation de son histoire par chacun des participants et non à partir de la référence univoque à un discours médico-techno-scientifique qui tend à gommer les particularités identitaires des patients. La voie privilégiée est ici celle de l'appropriation par le sujet de sa capacité à produire du sens en s'interrogeant, avec les membres du groupe, sur lui-même et sur sa situation via le travail réflexif que va permettre le travail de biographisation (Delory-Momberger, 2009) de son histoire personnelle. Le travail biographique est envisagé alors comme une pratique actualisant le renversement des modalités habituelles de production de savoir. Non seulement le sens va s'élaborer dans un mouvement d'échange entre les participants, mais l'animateur de ces groupes ne va pas proposer de modèles d'interprétation univoques, considérant chacun comme seul «expert de sa vie» et donc susceptible d'en interpréter les éléments, pour peu qu'il puisse s'appuyer sur les ressources du groupe auquel il participe.

En résumé, l'utilisation de l'approche biographique en alcoologie va permettre non seulement de prendre en compte la dimension d'un sens singulier qui évite de piéger les participants dans la seule perspective biomédicale de leur trouble, mais va également favoriser l'ouverture à un questionnement propre à l'espèce humaine, c'est à dire la difficulté que rencontre toute femme et tout homme à «être au monde». Conviés à s'interroger sur les stratégies complexes que chacun doit inévitablement adopter pour composer avec son environnement, les participants à ces groupes voient ces difficultés évoluer d'un: «*nous sommes tous des alcooliques et nous devons tous rester abstinentes*» à un: «*nous sommes tous des personnes singulières. Du fait de nos difficultés particulières, nous avons entretenu une relation pathogène avec l'alcool, et, indépendamment d'une abstinence devenue nécessaire, nous devons désormais nous questionner sur cette difficulté à être au monde que nous partageons tous*». L'objectif poursuivi relève donc ici de la réintroduction du sujet, non pas dans «la famille des alcooliques», mais bien dans celle des «sujets humains souffrants».

Cependant, si l'apport du témoignage trouve aujourd'hui sa place dans la plupart des protocoles thérapeutiques employés en alcoologie, il faut bien admettre que ce sont les mouvements d'anciens buveurs qui, les premiers, ont inventé des modes d'accompagnement thérapeutiques efficaces et pertinents, laissant par ailleurs une place importante au récit d'expérience et à ses implications en terme d'articulation entre identité individuelle et identité collective.

Un espoir de traitement pharmacologique de l'alcoololo-dépendance: une troisième rupture?

L'apparition récente de molécules thérapeutiques supposées agir sur l'appétence à l'alcool laisse désormais augurer d'un renouvellement des modalités thérapeutiques de l'alcoololo-dépendance à court terme. En effet, on soulignera tout particulièrement ici les espoirs fondés sur l'usage du «baclofène», médicament myorelaxant utilisé depuis 1975 dans le traitement des contractures spastiques et qui semble donner des résultats particulièrement prometteurs dans le domaine du traitement de l'alcoololo dépendance. Ici encore, l'usage de ce traitement apparemment efficace doit beaucoup à la mobilisation des patients contre l'avis des autorités médicales.

En 2005, un médecin cardiologue devenu alcoololo-dépendant, Olivier Ameisen, raconte dans une revue médicale (Ameisen, 2005) comment il s'est débarrassé de son assuétude en s'administrant de très fortes doses de baclofène (180 mg/jour dans une première phase, puis 270 mg/jour dans une seconde phase). Devant le manque de réactivité d'une communauté alcoolologique, réticente à prendre en compte ses résultats, il publie ensuite un ouvrage destiné au grand public afin de populariser sa découverte (Ameisen, 2008). Le livre connaît un succès important et introduit une nouvelle controverse dans le domaine de l'alcoolologie contemporaine. Alors que le Baclofène n'a pas d'autorisation officielle pour traiter l'addiction à l'alcool, les témoignages favorables à son utilisation se multiplient, des forums et des groupes de discussion s'organisent sur Internet et Ameisen reçoit des soutiens de plus en plus importants. Les patients réclament de plus en plus fréquemment ce traitement alors que les observations cliniques des praticiens de terrain semblent empiriquement concorder avec celles d'Ameisen. Cependant, la communauté alcoolologique continue à se montrer particulièrement prudente en raison de l'absence d'essais contrôlés lors de l'administration de cette molécule à hautes doses. Certains observateurs, particulièrement critiques à l'égard des autorités médicales, considèrent que la mise en œuvre tardive de ces essais peut également s'expliquer par des intérêts économiques menacés par le faible cout de la délivrance du baclofène. Testé dès le début des années 1990, le baclofène semble en effet réduire le besoin de boire, mais n'entraîne pas alors «l'indifférence à l'alcool» décrite par Ameisen en raison d'une posologie manifestement trop faible.

En 2009, un article dans le journal *Le Monde* fait état de l'espoir suscité par ce traitement, mais également des difficultés rencontrées par les praticiens qui le prescrivent en dehors des recommandations officielles: «Le docteur de Beaurepaire fait partie de ces quelques médecins qui déclarent ouvertement prescrire du baclofène malgré les mises en garde de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) déconseillant son administration en dehors des indications traditionnelles. D'autres praticiens lâchent à mots couverts qu'ils le délivrent à des patients qu'ils connaissent et qui sont motivés pour arrêter. *«On l'utilise, mais on ne le dit pas publiquement»*, résume un addictologue qui constate que l'ouvrage a suscité une forte demande des malades ou de leur famille.» (Blanchard, 2005). Ainsi, malgré de nombreux témoignages favorables, malgré la mobilisation croissante des patients qui se regroupent au sein d'associations, il faut attendre 2014 pour que ce médicament reçoive enfin une recommandation temporaire d'utilisation par l'agence nationale de sécurité du médicament. Il est probable que de nouveaux développements thérapeutiques en liens avec ce type de traitement vont rapidement bouleverser le paysage de l'alcoolologie contemporaine.

Pour conclure, nous voudrions insister une nouvelle fois ici sur l'importance des pairs et de leur récit d'expérience dans l'histoire du traitement de l'alcoololo-dépendance. En effet, même si les dernières avancées pharmacologiques font naître l'espoir d'un traitement médicamenteux efficace, nous avons vu combien la question du partage de l'expérience biographique entre pairs joue un rôle tout à fait fondamental dans la compréhension des

processus à l'œuvre dans l'apparition de la maladie alcoolique, mais également dans la stabilisation de la maladie, quelles que soit par ailleurs les modalités de traitement retenues. Sans nul doute, les apports de la recherche biographique et de la clinique narrative, en privilégiant la prise en compte de la singularité biographique des individus et un travail sur le sens de la conduite d'assuétude, permettent de laisser ouverte la possibilité d'instaurer des normes nouvelles, plurifactorielles, susceptibles de répondre plus souplement aux attentes existentielles du traitement des personnes alcooliques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ameisen O. (2005) Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self case report of a physician. In : revue *Alcohol and Alcoholism* (2005) 40 (2): 147-150.

Ameisen O. (2008) *Le dernier verre*. Paris, Denoël.

Bernard C. (1966.) *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Garnier-Flammarion, (1ère édition 1865).

Blanchard S. (2005) Contre l'alcool, le remède interdit. *Le Monde*, 2 juillet 2009.

Bourdieu P. (1986) L'illusion biographique. Actes de la recherche en sciences sociales. n° 62-63.

Charon R. (2001) *Narrative medicine*. American Medical Association.

Canguilhem G. (1996) *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses Universitaires de France, (1ère édition 1966).

Delory-Momberger, Ch. (2009). *La condition biographique. Essai sur le récit de soi dans la modernité avancée*. Paris : Téraèdre.

Dominicé P & Jacquemet S. (2009) *Santé et formation*. In revue *Savoirs*, 19 - 2009.

Foucault M. (1963) *Naissance de la clinique*. Paris, PUF.

Fouquet P. (1956) *Entretiens pour une thérapeutique de l'alcoolisme. Essai de psychothérapie éducative*. Paris, laboratoires Lefrancq.

Gaulejac V. (de) (1987) *La névrose de classe*. Paris, Hommes et groupes.

Honoré B. (1977) *Pour une théorie de la formation. Dynamique de la formativité*. Paris : Payot.

Jellinek (E.M.) (1960) *The disease concept of alcoholism*. New Haven, Hillhouse press.

Laplantine F. (1986) *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot.

Lazarus A. (1995) *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport interministériel.

Legrand M. (1997) *Le sujet alcoolique*. Paris, Desclée de Brouwer.

Maisondieu J. (1996) De la maladie alcoolique au mal-être de l'alcoolique. *Revue Le journal des psychologues*. Octobre 1996. N° 141.

Memmi A. (1979) *La dépendance. Esquisse pour un portrait du dépendant*. Paris, Gallimard.

Nadeau L. (1988) *La crise paradigmatique dans le champ de l'alcoolisme*. In : Brisson (ed.) (1988) *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal, Gaëtan Morin.

Niewiadomski C. (2000) *Histoires de vie et alcoolisme. A la recherche d'un espace de construction de sens avec les personnes alcooliques*. Paris, Editions Seli Arslan.

Niewiadomski C. (2012) *Recherche biographique et clinique narrative*. Paris, Erès.

Pineau G. (1992) De nouvelles frontières bio cognitives. in : *L'histoire de vie au risque de la recherche, de la formation et de la thérapie*. Etudes et séminaires CRIV 1992.

Ravon B. (2005) *Vers une clinique du lien défait*. In : Ion J. et al.(2005) *Travail social et souffrance psychique*. Paris : Dunod.