Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes

TITRE

L'accompagnement ergothérapeutique en SSRA, un soutien lors du retour à domicile.

UE 6.5 S6

Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Rocher François

Mai 2014

Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes

TITRE

L'accompagnement ergothérapeutique en SSRA, un soutien lors du retour à domicile.

UE 6.5 S6

Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Monsieur Guihard Jean-Philippe

Rocher François

Mai 2014

Remerciement

Cet écrit correspond à un travail en collaboration avec des personnes qui ont été un réel soutien pour moi.

Je tiens à remercier en premier lieu les quatre personnes m'ayant accordé leur confiance pour partager avec moi une partie de leur histoire de vie.

Je remercie l'équipe d'ergothérapeute du SSRA de La Baronnais pour m'avoir aidé et conseillé lors du recueil d'informations. Mais aussi pour m'avoir donné le goût de m'investir dans ce sujet qui me tient à cœur.

Je remercie également Mr Jean Philippe GUIHARD pour avoir su me faire poser les bonnes questions, pour m'avoir conseillé et avoir orienté mes réflexions.

Pour leurs lectures et leurs conseils je remercie mes parents ainsi que Marine GUINAUDEAU.

Pour finir, un grand merci à mes camarades de promotion, pour leur émulation et leur soutien moral permanent.

"En Chine, quand les grands froids arrivent, dans toutes les rues des villes, on trouve des tas de petits singes égarés sans père ni mère. On sait pas s'ils sont venus là par curiosité ou bien par peur de l'hiver, mais comme tous les gens là-bas croient que même les singes ont une âme, ils donnent tout ce qu'ils ont pour qu'on les ramène dans leur forêt, pour qu'ils trouvent leurs habitudes, leurs amis. C'est pour ça qu'on trouve des trains pleins de petits singes qui remontent vers la jungle."

Jean Gabin, *Un singe en hiver* (1962), écrit par Michel Audiard

Sommaire

Introduction 1

Problématique 2

L'addiction 2

L'alcoolo-dépendance 3

Alcoolo-dépendance et accompagnement ergothérapeutique 4

Visite à domicile 8

Partie Théorique 10

L'addiction 10

L'addiction à l'alcool 13

Les situations de handicap liées à l'addiction à l'alcool 20

Traitements et accompagnement des personnes addictes à l'alcool 25

L'ergothérapie en SSRA 33

Le retour à domicile 35

Méthodologie 38

Les informations à collecter 38

Les sources 38

Le « relais » vers les autres sources 38

Les outils 38

Analyse des résultats 41

Présentation 41

Réponses 41

Discussion 49

Validation de l'hypothèse ? 49

Exemple de prise en soin ergothérapeutique possible lors du retour à domicile 50

Conclusion 52

Bibliographie 2

Annexes

Introduction

« L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dresse ce terrible constat : 3,3 millions de personnes meurent chaque année d'avoir trop consommé d'alcool. Soit un décès toutes les 10 secondes ! L'alcool tue plus que le sida, la tuberculose et la violence réunis » (Ouest-France, 13 mai 2014). Devant un tel constat, il va de soi que la consommation d'alcool est un réel problème de société et de santé. Cette consommation est en constante évolution. De part la population concernée, de plus en plus jeune, mais aussi par la manière de consommer. Le phénomène de « binge drinking », consistant à absorber de grandes quantités d'alcool en très peu de temps, s'accroit au fil des années. Cette évolution souligne l'insouciance ou la méconnaissance des buveurs face aux conséquences de cette consommation. Cependant, ces conséquences peuvent à plus ou moins long terme avoir des répercussions sur le monde médical.

En effet, l'alcool favorise de nombreux problèmes de santé, parfois très graves, mais peut aussi devenir en soi une maladie. L'alcoolisme n'a pas toujours été considéré comme telle mais pourtant cette affection va induire de nombreuses situations de handicap portant préjudice à l'autonomie et l'indépendance.

La question se pose alors, à notre échelle, qu'est-il possible de faire pour tenter de palier à ce fléau ? Pas grand-chose probablement, mais le fait d'en parler n'est-il pas déjà un premier pas ? En tant qu'étudiant en ergothérapie, je vais partager avec vous ce que j'ai appris sur le sujet. Tout d'abord en vous expliquant comment j'en suis arrivé à choisir cette thématique. Ensuite nous parlerons de l'addiction à l'alcool, de ses mécanismes et de ses répercussions. Nous enchainerons avec ce qui est proposé en France pour aider les personnes en difficulté avec l'alcool. Après un tour d'horizon de ce que fait l'ergothérapeute auprès de ces personnes, nous nous intéresserons au témoignage de quatre d'entre elles. Nous finirons par discuter à propos de ce que nous avons pu retirer de tout cela.

Problématique

L'addiction

La décision de traiter de l'addiction fait suite à une expérience de stage vécue pendant deux mois au sein d'un Service de Soin de Suite et Réadaptation en Addictologie (SSRA), dans la cadre de ma formation en ergothérapie. L'exploration de ce sujet s'est naturellement imposée à moi compte tenu de mon intérêt concernant les problématiques des personnes souffrant d'addiction.

Ce sujet m'était totalement inconnu il y a deux ans, si ce n'est à travers des articles de journaux ou des reportages télévisuels. Le terme même d'addiction renvoie à un certain nombre de prénotions abstraites inculquées par notre environnement. Cela renvoie à la consommation de drogue, à l'alcoolisme, le tabagisme, et parfois à des comportements pathologiques tel que l'addiction aux jeux vidéo. Selon le Petit Robert, une addiction est « une relation de dépendance (à une substance, une activité) qui a de graves conséquences sur la santé ». Or la dépendance, selon la même source, est synonyme d'asservissement, assujettissement ou encore esclavage. Cela peut fasciner ou inquiéter, et, en tant que futur ergothérapeute, ces notions de dépendance et d'altération de l'état de santé ne me laissent pas indifférent. En effet, d'après le référentiel d'activité-annexe 1 de l'arrêté du 5 juillet 2010-relatif au diplôme d'État : « L'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence ». Permettre à la personne de développer son indépendance c'est par définition lui donner les moyens de lutter contre la dépendance. Bien entendu l'ergothérapeute n'a pas le monopole de cette mission qui est du ressort de tous les intervenants auprès de personnes addictes.

Cette immersion professionnelle, m'a permis de découvrir une pratique de l'ergothérapie qui m'était alors méconnue mais qui m'a très rapidement séduite. Les échanges avec les usagers du centre y sont riches : c'est à travers ces dialogues que s'instaure une relation de confiance qui donne la possibilité à la personne d'adhérer à l'accompagnement proposé tout au long de son séjour. L'accent mis sur l'importance des rapports humains lors de ce stage a favorisé cet intérêt particulier envers les pratiques ergothérapeutiques en addictologie.

Compte tenu de mon expérience, je me suis assez rapidement restreint aux addictions avec objet et plus précisément à la prise de toxiques. Bien que le processus de dépendance soit le même qu'avec les addictions sans objet, les répercussions dans le cas de la consommation de produits psycho-actifs sont beaucoup plus délétères. Les produits psycho-actifs sont des substances ayant des influences sur le fonctionnement du cerveau ; l'alcool,

le tabac, les drogues (cocaïne, héroïne, méthamphétamine, etc.) sont, ou contiennent des molécules psycho actives.

Les conduites addictives envers ces substances « interviennent ainsi dans 30 % de la mortalité précoce [soit avant 65 ans] et évitable » selon la synthèse du plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011. L'addiction aux produits dits « psycho-actifs » est un véritable problème de santé publique auquel les professionnels de santé peuvent être confrontés, la particularité des problématiques gravitant autour de ces addictions requiert une compréhension et une analyse personnalisée de chaque accompagnement.

L'alcoolo-dépendance

Par la suite, une orientation vers l'addiction à l'alcool s'est opérée après un cours magistral sur la Santé Public dispensé à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes (IFER) durant lequel j'ai pris connaissance du texte de loi concernant les 100 objectifs de santé publique publié en 2004. Il est écrit dans les deux premiers objectifs :
001 : Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %
002 : Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.

En effet, d'après le dossier du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, 3.8 millions de personnes ont une consommation à risque en France. Les seuils délimitant la « consommation à risque » varient selon les sources, pour l'OMS, cela correspond à :
-3 verres d'alcool maximum par jour pour les hommes de moins de 65 ans
-2 verres d'alcool maximum par jour pour les femmes et les hommes de plus de 65 ans
-4 verres d'alcool maximum pour les occasions

Tout en sachant qu'un verre correspond à une unité réglementée : 10cl de vin à 12° équivaut à 2,5cl d'alcool fort à 45°. Au-delà de ce seuil les risques de cancer, de cirrhose et de maladies cardio-vasculaires augmentent.

Il est important de ne pas considérer ces valeurs comme le seuil de l'alcoolo-dépendance qui n'est pas quantifiable en raison de la forte influence des prédispositions individuelles à la maladie. En effet, la consommation d'alcool ne provoque pas les mêmes réactions chez tout le monde. Les individus ayant des organismes tous différents sont plus ou moins sujet à la dépendance tout comme ils peuvent être plus ou moins sensibles aux effets de l'alcool, au phénomène d'ivresse par exemple.

De ce fait, une réflexion autour de l'accompagnement des personnes dépendantes à la consommation d'alcool se situe dans un contexte de projet national et peut potentiellement contribuer à une évolution des pratiques. Participer aux questionnements concernant cette problématique me semble ajouter de la pertinence au sujet. De plus, il se trouve que la majorité des expériences dans le domaine de l'addictologie vécues en stage l'ont été auprès d'adultes alcoolo-dépendants.

Alcoolo-dépendance et accompagnement ergothérapeutique

L'ergothérapie, du grec « ergon » (εργον), signifiant au sens premier l'action, l'exécution d'un acte dans le sens contraire d'inaction, ou de paroles vaines. Le second sens désigne d'avantage l'ouvrage, l'occupation, le travail. Dans le cas de l'ergothérapie, le premier sens semble plus pertinent car il s'agit alors de faire, donc de participer, d'avoir un rôle social. La deuxième racine vient elle aussi du grec, « therapeia » (θεραπεία) correspondant à la notion de soin. L'ergothérapie peut être définie des manières suivantes :

-le soin par l'activité : Le patient acteur de sa prise en charge est accompagné par l'ergothérapeute dans des activités de rééducation, réadaptation, réinsertion et/ou de réhabilitation psycho-sociale.

-le soin pour l'activité : L'objectif de cet accompagnement est de permettre à la personne de retrouver une qualité de vie satisfaisante pour lui, en luttant contre l'altération des fonctions et structures corporelles, la restriction de participation et la limitation d'activité. Selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap, et de la santé (CIF), cela revient à réduire les facteurs favorisant les situations de handicap. (Annexe 1)

La CIF est un méta-modèle qui donne beaucoup d'importance au facteur social dans le handicap de la personne à travers son intérêt pour l'activité et la participation. Compte tenu de l'importance des répercussions sociales que peut engendrer l'alcoolo-dépendance ainsi que l'influence de l'environnement social sur cette maladie, ce méta-modèle servira de support tout au long de cet écrit.

L'ergothérapeute est un professionnel qui selon le code de la santé publique, fait partie des auxiliaires médicaux avec les infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, orthophonistes, aide soignants… avec qui il travaille souvent en équipe pluridisciplinaire.

Lors de mon stage en SSRA, j'ai découvert et expérimenté le travail de l'ergothérapeute auprès de personnes alcoolo-dépendantes à travers diverses méthodes d'accompagnement : les ateliers d'activités créatives, vannerie et peinture sur soie, le groupe

d'expression des émotions (GEDE) en partenariat avec la psychomotricienne, le groupe de rééducation neuro-cognitive (RNC), ainsi que les groupes de paroles.

Les SSRA font partie des services de Soin de Suite et Réadaptation (SSR) spécialisés. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les SSR ont pour objectif de « permettre au patient de retrouver une place dans son environnement initial ou le plus proche possible de ce qu'elle était avant, voire de l'aider à s'adapter à une nouvelle vie ». Selon la circulaire du 03 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation « Il convient d'accueillir en SSR uniquement le patient pour lequel un projet thérapeutique pourra être défini en termes d'objectifs de soins médicaux, de rééducation et de réadaptation (…) Chaque admission en structure de SSR doit donc faire l'objet d'une évaluation des besoins médicaux préalable ». Ces services font le lien entre l'hospitalisation et le retour à domicile.

Dans le cas des personnes alcoolo-dépendantes, l'admission se fait après le sevrage. Les SSRA correspondent à ce qu'on appelait autrefois des centres de post-cure. Ces établissements doivent répondre aux mêmes critères exigés pour les SSR et doivent en plus, d'après le décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation assurer les mesures suivantes :

-Le médecin coordinateur doit avoir une formation ou une expérience en addictologie.

-Au moins deux de ces pratiques thérapeutiques et de réadaptation doivent être mises en place parmi : la psychothérapie, l'éducation thérapeutique, l'ergothérapie et la diététique ; de façon à ce que le patient bénéficie d'une séance quotidienne de l'une de ces pratiques. Ces accompagnements peuvent être réalisés en groupe et peuvent inclure les proches des personnes alcoolo-dépendantes selon l'accord du patient et les propositions médicales.

-Les membres de l'équipe pluridisciplinaire doivent être formés et avoir une expérience en addictologie.

- Des locaux adaptés doivent être mis à disposition afin d'assurer la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle, de même qu'à la participation de l'entourage des patients aux programmes de soins.

Les textes officiels reconnaissent l'ergothérapie comme une méthode de soin pertinente au sein des SSRA. C'est pourquoi, dans un premier temps, l'idée était de parler de l'accompagnement des personnes alcoolo-dépendantes en ergothérapie et de l'intérêt de cette profession dans un processus de réadaptation après une cure de sevrage alcoolique.

Ce sujet m'était alors venu d'une interrogation découlant d'une discussion avec un ergothérapeute. Il me faisait part du fait que certains SSRA privilégiaient davantage un accompagnement professionnel encadré par des moniteur-éducateurs. De mon point de vue d'étudiant et de stagiaire, un accompagnement ergothérapeutique me semblait cependant pertinent dans ce genre de contexte en raison des problématiques concernant la limitation d'activité et la restriction de participation dans cette maladie.

Le terme activité est défini par le Larousse 2011 comme « l'ensemble des phénomènes par lequel se manifestent certaines formes de vie, un processus, un fonctionnement ». Dans cette idée, l'activité est inhérent à la vie, l'être vivant est par définition un être actif. Pour l'être humain, la vie est une succession d'activités des plus ordinaires et banales comme dormir, manger, regarder ; aux plus complexes : travailler, conduire, discuter.

Chaque individu peut potentiellement choisir la manière dont il souhaite organiser sa vie en choisissant ses activités. Ces choix vont alors le définir en tant que personne avec sa singularité, sa personnalité. Bien que ces choix soient influencés par l'environnement, celui qui choisit ces activités est alors quelqu'un d'autonome. Le fait qu'il puisse les réaliser fait de lui une personne indépendante.

Si l'alcoolo-dépendance perturbe l'activité dans le sens ou le sujet est en difficulté que ce soit dans le choix de ses activités ou dans leur réalisation, on peut alors dire que cette personne est en situation de handicap et il est du ressort de l'ergothérapeute, intégré dans une équipe pluridisciplinaire, de l'accompagner afin de lutter contre cette limitation d'activité.

Quant à la participation, selon la CIF, elle désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. Pour le Larousse 2011, s'impliquer c'est « s'engager dans une action, s'investir ». Lorsqu'il y a restriction de participation, cela désigne les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle. Il y a derrière « participer » une notion d'engagement, c'est donc accepter que l'on puisse attendre quelque chose de nous.

La Classification Internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIH-2 ou CIF) nous dit ceci « La composante activité et participation couvre la gamme des domaines définissant les aspects du fonctionnement, tant du point de vue de la personne en tant qu'individu que du point de vue de la personne en tant qu'être social ». Au même titre que nous sommes dans une certaine mesure définis par nos activités et notre participation aux situations de vie, celles-ci nous statuent dans la société. Nos activités déterminent notre rôle social, notre place dans le monde qui nous entoure. De ce fait une limitation d'activité est à même de perturber le rôle social d'un individu. Le rôle social peut désigner un statut

professionnel, des responsabilités au sein d'une association, un statut familial… Le fait même d'appartenir à une société engendre une position reconnue, le rôle social s'impose lorsque les individus de l'environnement dans lequel nous vivons attendent quelque chose de nous.

Etre alcoolo-dépendant peut entrainer des perturbations du fonctionnement familial, le rôle social du membre de la famille malade en est alors modifié, les attentes de la famille auprès de cette personne vont évoluer. Dans la culture occidentale, le statut de parent suppose de montrer l'exemple, d'éduquer et de transmettre un certain nombre de valeurs morales aux enfants. Assumer cette fonction risque de poser problème en cas d'alcoolo dépendance. De même, le statut de conjoint est perturbé par cette maladie, en partie à cause l'altération de la relation de confiance.

Pour illustrer, je me souviens d'une femme rencontrée lors de mon stage qui me parlait de ses enfants ; inquiets pour sa santé, ils cherchaient les bouteilles d'alcool qu'elle cachait pour les jeter à la poubelle. Dans cette situation, le rôle de mère est compromis par la maladie, les rapports sont inversés et ce sont les enfants qui interviennent pour tenter de modifier le comportement de leur maman.

Cette maladie peut aussi avoir des répercussions sur le statut professionnel, premièrement dans le rapport avec les collègues, ensuite parce que la productivité est susceptible de diminuer du fait d'un ralentissement psychomoteur et des possibles troubles cognitifs. Les accidents du travail sont aussi plus fréquents chez les personnes alcoolo-dépendantes, de même que les retards et l'absentéisme.

Pour donner un exemple rencontré en stage, je me rappelle d'un homme me relatant l'accident qu'il avait eu sur la route pour aller au travail qui lui avait valu un retrait de permis pour conduite en état d'ébriété. La pathologie a entraîné une limitation d'activité due à la perte du permis qui engendra une restriction de participation par l'impossibilité d'aller au travail. De ce fait, le rôle social est modifié car ce monsieur n'est plus considéré comme une personne « active » au regard de la société.

Les répercussions de l'alcoolo-dépendance sur l'activité, la participation, le rôle social sont des symptômes pouvant être pris en charge avec la personne, en ergothérapie. Cela se pratique déjà dans certains SSRA où les équipes accompagnent les usagers dans une vie sans consommation d'alcool.

Visite à domicile

Lors du stage passé en SSRA, l'accompagnement des personnes alcoolo-dépendantes s'effectuait en interdisciplinarité dans le sens où chaque professionnel travaillait des aspects de la maladie de manière spécifique selon leurs compétences pour un même objectif général : faire en sorte que les patients conservent leur abstinence. Médecins, ergothérapeutes, éducateurs d'activité physique adaptée (EAPA), psychomotriciens, infirmiers, psychologues, aides médico-psychologiques (AMP) échangeaient deux fois par semaine sur l'évolution des usagers et sur leurs pratiques. L'accompagnement était aussi parfois transdisciplinaire car certaines activités étaient encadrées par différents professionnels.

Ces choix d'accompagnements inter- et transdisciplinaire offrent une aide riche pour l'usager, l'équipe de professionnels n'hésitant pas s'interroger sur leurs pratiques. En ergothérapie, la réflexion du moment portait sur le retour à domicile des usagers. Le fait est qu'il n'était pas rare de revoir des personnes revenir plusieurs fois au centre après avoir rechuté.

D'après les témoignages de certains usagers, l'hypothèse avancée est que la différence d'environnement entre le SSRA et le domicile peut être un facteur de risque concernant les rechutes. Bien que sur l'accompagnement de 3 mois il y ait souvent une période d'hospitalisation de jour qui permet d'effectuer la transition en douceur. Le domicile et plus largement l'environnement dans lequel vit la personne peut potentiellement faire obstacle à la « guérison » entendu comme l'absence de rechute.

Le domicile est défini par le Larousse 2011 comme le lieu habituel d'habitation, c'est donc le lieu où l'on vit et dans lequel nous avons des habitudes. Les habitudes sont des activités effectuées de manière régulière par nécessité ou par plaisir. Nous parlons aujourd'hui de milieu écologique, « éco » étant tiré de la racine grecque οικο désignant la maison, la famille. Dans cette définition, l'écologie correspond à l'étude des interactions entre un organisme vivant et son environnement. La personne dans son domicile, au sein de son quartier, de sa ville, en relation avec son entourage interagit dans son milieu écologique qui est alors son contexte de vie.

Lorsqu'un usager rentre à domicile après sevrage et soins de suite en addictologie, il retrouve le lieu de vie mais aussi le lieu des habitudes et parfois le lieu des consommations d'alcool. Le fait même de revenir sur ces lieux peut être vécu comme une épreuve difficile. Le domicile est parfois la résidence familiale, rentrer à domicile c'est alors réintégrer sa famille dans lequel le rôle social de l'usager a pu être perturbé. La confrontation à la famille peut être difficile selon les rapports qu'il existe entre les différents membres. L'usager va

devoir se trouver une place au sein de cette famille qui peut avoir du ressenti par rapport à des difficultés du passé. Autre cas de figure, le retour de la personne va chambouler les habitudes de chacun, en effet il arrive que certains membres de la famille puissent trouver du bénéfice à la situation antérieure. La famille est alors un obstacle. Dans d'autre cas la famille est un réel soutien pour l'usager et un élément facilitateur de l'environnement concernant le retour à domicile. Rentrer à domicile c'est aussi retrouver l'entourage social, les amis qui comme pour la famille peuvent faciliter ou non le choix d'une vie sans alcool, car c'est parfois recroiser les « copains de boisson ».

Le retour à domicile est une étape vers une vie d'indépendance face à l'alcool. C'est un moment durant lequel l'usager peut se sentir seul, l'équipe du SSRA n'est pas directement là pour le soutenir face à un certain nombre d'obstacles. Ces derniers peuvent être liés au retour à domicile mais aussi au projet de vie de l'usager : retrouver certains rôles sociaux dans sa famille, dans son travail, dans la cité.

Suite a ces réflexions et à ces problématiques auxquelles je n'ai pu apporter de réponse, j'ai décidé en tant qu'étudiant en ergothérapie de porter mon mémoire sur la question de recherche suivante :

- ⇨ Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes alcoolo-dépendantes lors du retour à domicile ?

Partie Théorique

L'addiction

D'après le Dictionnaire des Sciences Humaines (2004), le mot addiction s'est répandu chez les psychiatres Nord-américains dans les années 70, tout d'abord afin de qualifier la dépendance à l'alcool ou aux drogues. Le terme s'est ensuite diffusé en Europe et fut progressivement utilisé pour désigner d'autres conduites. On parle aujourd'hui d'addiction aux jeux, aux achats, au travail, au sport, au sexe. Dans la définition, on peut lire que : « En effet de nombreux professionnels ont commencé à noter des similitudes comportementales avec la toxicomanie. Stanton Peele, psychologue américain, à même fait le parallèle entre la dépendance aux drogues et celle d'une personne pour une autre, dans le cadre d'une relation amoureuse ».

Cette définition met alors en relief le fait que la dépendance n'est pas engendrée par l'objet en lui même, mais par l'expérience positive découlant de la pratique addictive (sentiment de bien être ou soulagement d'un mal être). Dans l'article de journal « Addiction : Definition and Implication » (1990), Aviel Goodman, psychiatre, a proposé de définir l'addiction comme un processus par lequel un comportement, dans l'objectif de produire du plaisir et diminuer le mal-être interne, va se caractériser par l'échec récurrent de contrôler ce comportement (impuissance) ainsi que par la persistance de celui-ci malgré les conséquences négatives significatives (perte de maitrise).

Dans ce même article, Goodman fait la distinction entre l'addiction comme il l'a définie, la dépendance et la compulsion. Pour lui, la dépendance implique une tentative d'atteindre un état de plaisir intense par la satisfaction des besoins, basiques ou dérivés. Le processus par lequel cette dépendance-satisfaction motive le comportement serait alors un renforcement positif. La compulsion, par contre implique une tentative d'éluder ou d'éviter un état interne de mal-être (dégoût, anxiété, douleur, culpabilité, honte, colère…). Cela correspondrait à un modèle de renforcement négatif. Parmi les caractéristiques distinctives des troubles addictifs, on retrouve cette combinaison de recherche de satisfaction et de fuite d'un mal-être interne.

Le terme addiction n'étant pas réservé à un trouble de comportement vis-à-vis d'une substance, nous comprenons qu'il n'existe pas d'objet de dépendance responsable à lui seul du processus d'addiction. Pour Jean-Luc VENISSE, « ce n'est jamais l'objet qui suffit à constituer et à définir l'addiction, même pour les substances les plus toxiques, c'est nécessairement la relation qu'un individu entretient avec cet objet et, à travers cet objet, la relation qu'il a aussi avec son corps et le comportement qui va être le comportement de consommation ou de pratique concernée »

Une addiction est donc un comportement incontrôlable et persistant basé sur une relation particulière à un objet visant à se sentir mieux. Bien que ce comportement soit excessif, l'excès, le déraisonnable peut faire partie de la vie de tous les jours. Pourtant, nous parlons de troubles addictifs, de personnes atteintes de maladie. En effet un comportement addictif peut parfois entrainer des déficiences physiques : augmentation du risque de survenue de certains cancers avec le tabac, neuropathies avec l'alcool, complications dentaires avec les troubles du comportement alimentaire… Mais le temps consacré au comportement addictifs a aussi des conséquences directes sur la limitation d'activité et sur la restriction de participation au niveau social, scolaire, professionnel, familial… Cette monopolisation du temps d'activité est appelé centration ou saillance en addictologie.

Diagnostic

Il est important de cerner les excès afin de se rendre compte des conduites à risques et de surveiller leur dangerosité, mais cela doit être différencié de l'addiction. Pour cela, Goodman propose dans l'article cité précédemment un ensemble de critères diagnostiques :

A) L'impossibilité de résister aux impulsions à réaliser le comportement addictif.

B) Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C) Plaisir ou soulagement pendant la durée du comportement.

D) Sensation de perte de contrôle pendant la durée du comportement

E) Présence d'au moins cinq des critères suivants :

1) Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation

2) Intensité et durée du comportement plus important que prévu.

3) Efforts répétés pour réduire, contrôle ou stopper le comportement

4) Temps important consacré à préparer, à exécuter, et à se remettre du comportement.

5) Exécution du comportement lorsque la personne doit accomplir ses obligations scolaires, familiales, sociales…

6) D'importantes activités sociales, professionnelles, de loisirs abandonnées ou diminuées à cause du comportement addictif.

7) Persistance du comportement malgré le fait que la personne sache qu'il engendre ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.

8) Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement dans le but d'atteindre l'effet désiré ou diminution de l'effet malgré un comportement de même intensité.

9) Agitation ou irritabilité si impossibilité d'exécuter le comportement.

F) Plusieurs symptômes de troubles ont duré pendant au moins un mois, ou se sont exprimés de manière répétée sur une période plus longue.

Ces critères sont aujourd'hui encore utilisés pour diagnostiquer les addictions dans certaines structures, mais d'autres classifications sont aussi en vigueur.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1964, parle de syndrome de dépendance quelles que soient les substances concernées. Le mot est alors défini comme un fort désir de consommer une substance. Dans la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes 10ème révision (CIM-10), publié par l'OMS plus récemment, la dépendance est un syndrome reconnaissable par « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologique dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive (…) entraîne un désinvestissement progressif des autres activités ». Dans cette définition, peu importent le produit et ses effets, la dépendance est déclarée lorsque l'on observe un impact négatif sur les activités de la personne, ce qui selon la CIF est un facteur de handicap. Cette classification ne concerne alors que les addictions dites « avec substance ».

Afin de déterminer si une personne est atteinte d'une dépendance à une substance, la CIM-10 a donné des critères assez comparables à ceux du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4ème version*), publié par la Société américaine de psychiatrie. (Annexe 2)

Dans cette classification n'est pris en compte uniquement la dépendance et non les consommations à risque autrement appelés usages abusifs qui font l'objet d'une autre classification. Pour le DSM-IV, l'usage abusif est avéré lorsqu'il provoque des conséquences néfastes ayant une influence sur la profession, les études ou la vie familiale ; entraine des situations à risques physiques; engendre des poursuites judiciaires ou encore si cet usage n'est pas modéré suite aux difficultés que cet usage peut entrainer. L'usage abusif est déterminé comme tel lorsque la personne n'est pas dépendante (selon les critères).

Dans la 5ème version du DSM publié en 2013, les deux volets sont pris en compte dans le même ensemble, les diagnostics d'abus et/ou de dépendance sont abolis en faveur d'un diagnostic de trouble de l'usage de la substance. Les critères des deux anciens diagnostics sont donc regroupés avec quelques modifications. Le critère « répercussions judiciaires » est supprimé et l'item « craving » est ajouté. Craving est un mot anglais désignant un besoin impérieux de consommer, soit un sentiment d'obligation intense. Le diagnostic se fait alors en fonction du nombre de critère validés pour déterminer la sévérité des troubles de la consommation du produit. (Annexe 3)

L'addiction à l'alcool

Fort de ce que nous venons de voir, il est clair que l'alcoolo-dépendance est une addiction au sens de Goodman, dite « avec substance ». Cela correspond aussi à une dépendance selon la vision de l'OMS. Le terme addiction sera privilégié car il se rapporte à un concept reconnu des experts en addictologie.

L'alcoolo-dépendance désigne par définition la dépendance à l'alcool, elle est synonyme d'alcoolisme ou encore d'éthylisme. Le terme alcoolisme est utilisé pour la première fois par Magnus Huss, médecin Suédois, en 1849, en substitut au terme ivrognerie. Il désignait alors les symptômes d'une alcoolisation excessive et de manière prolongée à savoir les nombreux troubles neurologiques, gastro-entérologiques, cardiologiques et psychiatriques. Ce nouveau terme donne une nouvelle dimension à ce problème qui ne doit alors plus être considéré comme un vice, un péché, mais plus comme un état, une maladie. Cette vision de l'affection n'a été adoptée que bien plus tard, après la seconde guerre mondiale.

Elvin Morton Jellinek (1960), médecin américain, voit l'alcoolisme comme une consommation d'alcool nuisible pour l'individu et/ou son environnement. La personne alcoolique est alors celle qui perd le contrôle de cette consommation. L'utilisation du mot alcoolisme ayant une connotation péjorative, le terme alcoolo-dépendance est désormais favorisé, tout comme le mot « éthylisme » dans le milieu soignant. De nos jours, l'alcoolo-dépendance fait partie intégrante des addictions qui regroupent toutes les sortes de dépendances psychiques et/ou physiologiques.

Selon le Dictionnaire de la psychiatrie (Jacques Postel, 2003), l'alcoolisme est « la dépendance à l'égard de l'alcool et l'ensemble des manifestations pathologiques dues à cette dépendance », du point de vue de P.Fouquet, c'est « la perte de liberté de s'abstenir de l'alcool ». [1]

Le processus d'addiction à l'alcool

Savoir identifier une addiction ne permet pas d'en comprendre les mécanismes. Des questions restent en suspens : Pourquoi et comment devient-on addict ? Bien que le processus d'addiction soit indépendant de tout objet, les réponses suivantes cibleront majoritairement l'addiction à l'alcool afin de rentrer dans le vif du sujet.

Facteurs de causalité

Pourquoi devient-on addict ? Ou plutôt pour quoi le devient-on ? En effet, les réponses que l'on cherche semblent se trouver dans le questionnement autour du but recherché par le

[1] Citation reprise par Dictionnaire de la psychiatrie (Jacques Postel, 2003).

comportement d'addiction. Goodman mentionnait en 1990 le fait que ce comportement visait la recherche du plaisir mêlé au soulagement d'un mal-être. Ce qui présuppose l'existence d'un mal-être qui probablement va favoriser les premières conduites addictives.

Le professeur Van Dijk a déterminé des « facteurs générateurs » afin de désigner un ensemble de dimensions pouvant intervenir dans l'amorce du processus d'addiction à l'alcool. Selon lui ces facteurs correspondent :
-aux effets psychopharmacologiques de l'alcool
-à la personnalité du consommateur
-aux valeurs sociales et aux significations sociologiques de la consommation d'alcool
-aux influences de l'environnement (LEJOYEUX & ADES, 1996)

Les effets psychopharmacologiques de l'alcool

Bien que l'objet ne suffise pas à faire la dépendance, attardons nous un instant sur cette substance qu'est l'alcool. Le Petit Larousse 2011 explique que sous le terme alcool peuvent être regroupées toutes les boissons contenant de l'alcool éthylique ou « éthanol », molécule de formule C_5H_5OH. Cet alcool est alors généralement produit par deux phénomènes chimiques : la fermentation (bière, vin) et la distillation (rhum, whisky, calvados…).

L'absorption d'éthanol entraîne diverses modifications de l'organisme qui varient selon le type d'alcoolisation. En effet l'alcoolisation aigüe tend à favoriser l'euphorie et le bien être, la recherche de ce sentiment de bien être peut en partie expliquer les débuts de l'addiction. Cependant une alcoolisation chronique entraine davantage un sentiment d'anxiété et de dépression, la consommation d'alcool est alors un moyen de diminuer le mal-être.

La personnalité du consommateur

Le Pr Vénisse (2010) nous explique que le comportement d'addiction serait en partie issu d'une « vulnérabilité qui est assez précoce, qui se met en place souvent très tôt dans le développement psychologique et qui va se matérialiser, […] par un manque de confiance et de sécurité interne tout à fait important qui fait que tout événement, qui génère ou qui peut générer ou réactiver ce manque de confiance, va appeler une sorte de tentative de le combler avec un objet qu'on dit partiel dans la psychanalyse, c'est à- dire qui va être un objet de complétude et qu'il va falloir sans cesse rechercher à nouveau, faute d'avoir pu construire tout ce qui, au niveau psychique permet justement, d'assumer le manque ».

Ce comportement visant à combler un manque de confiance et de sécurité va de paire avec le penchant anxieux que l'on peut retrouver chez les personnes alcoolo-dépendantes. Il est très fréquent en addictologie de rencontrer des personnes se décrivant elles-mêmes comme,

tendues, stressées… Les personnes atteintes de Troubles Déficits de l'Attention et Hyperactivité (TDAH), auraient aussi plus de risques d'adopter des conduites addictives envers l'alcool. L'effet anxiolytique de cette substance répond probablement à un effet recherché par ce genre de personnalité.

Les troubles dépressifs augmenteraient aussi significativement le risque d'adopter un comportement addictif, en effet pour Van Damme (2006) : « dans les troubles du comportement alimentaire, de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les jeunes, on trouve 30 à 50% de dépressifs ».

En plus de la personnalité, des facteurs héréditaires peuvent jouer un rôle de prédisposition dans les conduites addictives. Bien sûr, ils ne suffisent pas seuls à engendrer l'addiction, « Même quand un sujet est génétiquement prédisposé, il doit être exposé régulièrement à l'alcool pour risquer de devenir alcoolique » (LEJOYEUX & ADES, 1996). L'influence de l'environnement est donc particulièrement importante.

L'influences de l'environnement

En lien avec la personnalité, l'environnement peut être un facteur de stress que ce soit dans la vie personnelle, au travail… Une personnalité anxieuse sera d'autant plus sensible dans un environnement anxiogène.

Evidemment, la présence d'alcool dans l'environnement va favoriser sa consommation. Dès l'enfance, si l'habitude familiale est une forte consommation d'alcool, les risques sont majorés par imitation du modèle familial. En dehors du cadre familial, l'entourage professionnel et amical influence de la même manière notre comportement face à l'alcool. Le mode de consommation quel qu'il soit va se calquer sur celui du groupe dans un but d'indentification, d'intégration.

Les habitudes de vie vont aussi jouer un rôle dans la consommation. Une personne ayant des activités variées et épanouissantes a moins de temps à consacrer à l'alcool, le sentiment d'évasion dont elle a besoin est alors satisfait par ses occupations. Le rôle social peut être très important concernant le mode de consommation. Une personne ayant des responsabilités se doit d'avoir une conduite en adéquation avec celles-ci. Le fait d'avoir des enfants dont on doit s'occuper, des proches qui comptent sur nous, qui ont une image de nous qui nous valorisent va être autant de raisons de surveiller sa consommation. Tous ces piliers nous aident à ne pas sombrer dans l'addiction. Sans ces soutiens, les risques de devenir addict sont plus importants.

Les significations sociologiques de la consommation d'alcool

Dans les familles où l'alcool est consommé de manière régulière, sans qu'il y ait forcément d'abus, les jeunes enfants ne considèrent pas les comportements d'alcoolisation des adultes comme une conduite potentiellement à risque, et l'alcool même s'il est interdit aux plus jeunes n'est pas quelque chose de dangereux pour eux, ce qui n'est pas toujours valable pour le tabac par exemple. Pour les enfants, la consommation d'alcool est un symbole de la vie d'adulte et il peut fasciner par son interdit.

Ainsi, le jeune se sent considéré comme adulte lors de ses premières expériences avec les boissons alcoolisées. Ce sentiment de reconnaissance peut faire de l'alcool un élément chargé de symbole. Si boire de l'alcool est synonyme d'être adulte, cela peut alors correspondre à des valeurs sociales plus ou moins conscientes d'intégration, de normalité, de puissance, de virilité, de réussite…

Lors des premiers moments de convivialité impliquant de l'alcool, c'est le groupe qui influence le mode de consommation par un effet de mimétisme des différents protagonistes. S'accompagne à cela un sentiment d'indépendance et de maturité.

En France, probablement du fait d'une tradition viticole très présente, l'alcool est banalisé et dès très jeune synonyme de reconnaissance sociale. Reconnaissance qui disparait très rapidement lorsque la consommation considérée comme « normale » par la société devient une addiction.

Dans chacune des situations, la conduite addictive permet à la personne, au moins le temps d'un instant, de se sentir mieux face à une situation personnelle, sociale, environnemental engendrant un mal-être. On parle alors d'une forme d' « automédication ». Pour illustrer mes propos, voici des phrases entendues en stage soulignant bien cette idée : « Le surpoids, le cholestérol la bipolarité, l'alcool, si je dois tout arrêter je vais finir vraiment malade (…) depuis que je bois, j'ai arrêté les neuroleptiques et les antidépresseurs, c'est pas plus mal »

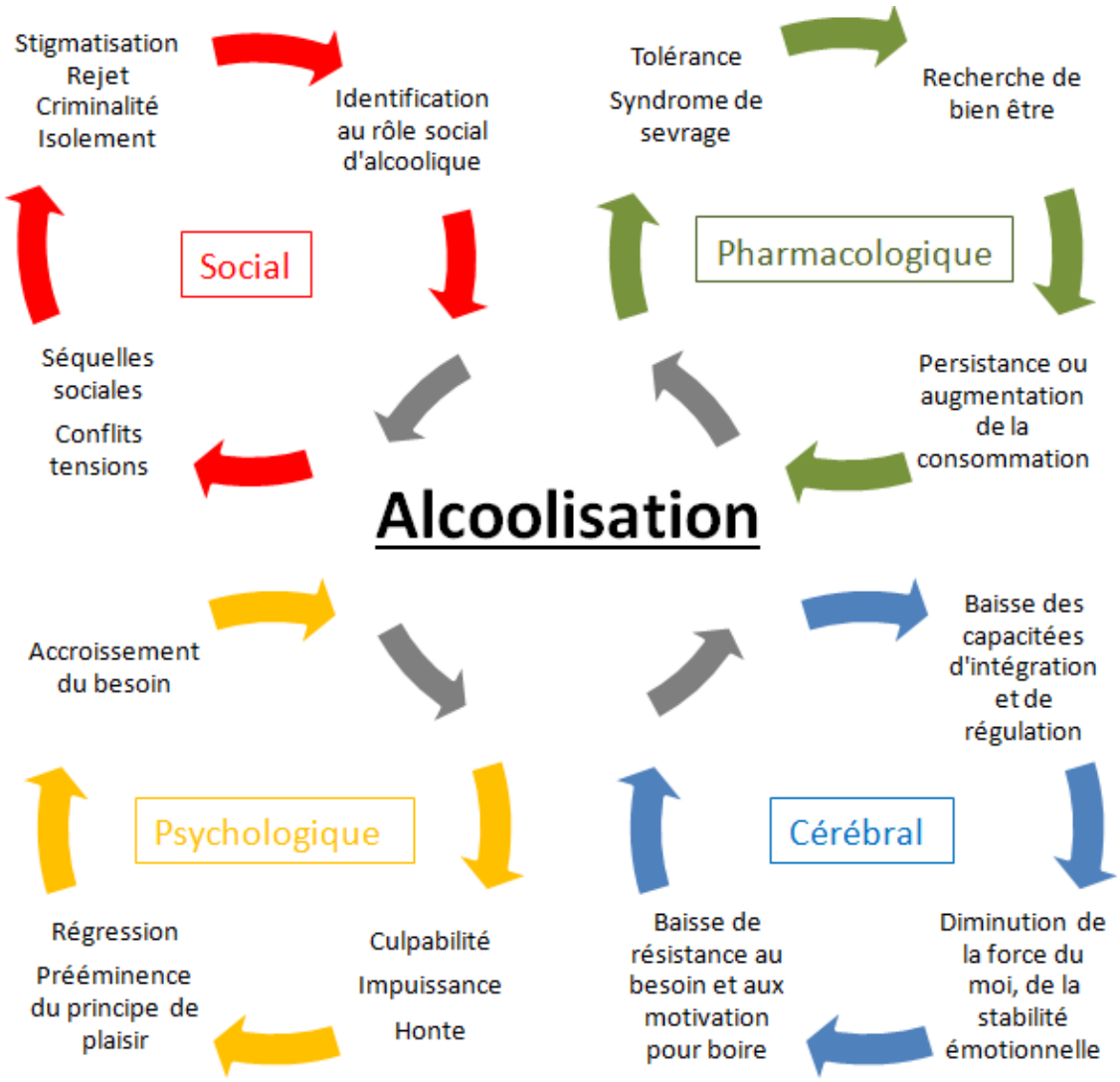
Ces facteurs générateurs sont intimement liés aux « facteurs pérennisant », ou cercles vicieux de Van Dijk que nous allons évoquer...

Facteur de persistance

Nous avons vu dans de nombreuses définitions et classifications de l'addiction le fait que, malgré les conséquences négatives connues ou vécues, la conduite addictive reste inchangée. Comment la personne addicte devient alors prisonnière d'une telle situation?

Pour expliquer cela, Van Dijk nous propose un modèle repris par Michel LEJOYEUX et Jean ADES dans *les conduites alcooliques et leur traitement*. Ce modèle nous donne un aperçu

assez global des différentes interactions favorisant le comportement addictif. Il représente quatre cercles vicieux dans lesquels peut s'engouffrer la personne addicte et ainsi l'enfermer dans l'addiction. Dans ces cercles vicieux, les solutions développées par la personne pour aller mieux deviennent souvent elles-mêmes une autre source de problème.



On entend parfois parler de deux types de « dépendance » qui sont cependant constamment en interaction:

-La « dépendance psychologique » : correspondant à un besoin de consommer, à l'absorption incontrôlée de substances.

-La « dépendance physiologique » : est déterminée par les réactions de l'organisme à la prise de produits par divers phénomènes comme la tolérance ou encore les symptômes du sevrage.

Nous voyons avec Van Dijk que cette classification ne permet pas de recouvrir toutes les dimensions du processus d'addiction.

Expliquons les différents cercles vicieux représentés :

Le cercle vicieux pharmacologique

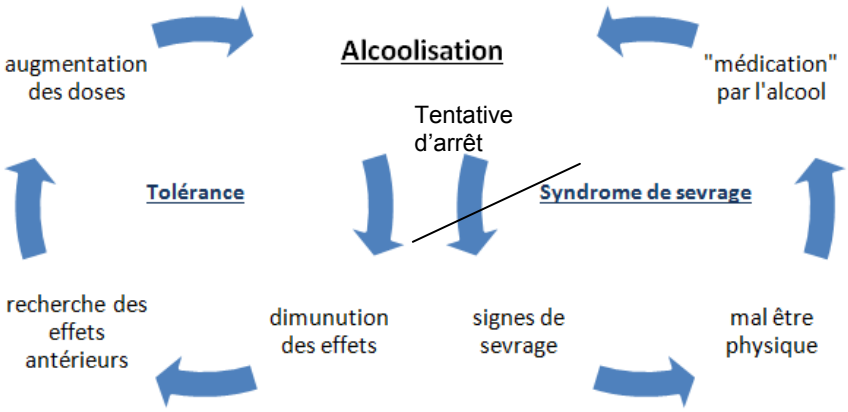
Tout d'abord définissons ce qu'est la tolérance et le syndrome de sevrage. La tolérance correspond alors à une « résistance aux effets de l'alcool » (LEJOYEUX & ADES, 1996), ce qui engendre une augmentation de la consommation pour retrouver les effets des premières alcoolisations. Cela a donc pour effet de renforcer la dépendance. De plus, comme nous l'avons vu le passage à l'alcoolisation chronique engendre progressivement une baisse significative des effets « positifs » de la prise d'alcool à savoir la désinhibition, l'euphorie,…

Les symptômes de sevrage apparaissent après une brève période de sevrage ou même le matin après l'abstinence de la nuit. Ces signes désagréables sont soulagés par une ré-alcoolisation, c'est pourquoi cela renforce aussi la dépendance au produit. Ces signes peuvent être :

-Neuromusculaires : tremblement (main, langue), crampes, paresthésies.

-Psychiques : anxiété, humeur dépressive, irritabilité, hyperémotivité, insomnies, cauchemars. (LEJOYEUX & ADES, 1996)

Inspiré des travaux de Van Dijk (1979), nous pouvons développer le cercle vicieux de la dépendance pharmacologique par ce schéma :



Le cercle vicieux social

Ce cercle explique que le comportement addictif d'alcoolisation va engendrer des conséquences sociales négatives, « séquelles sociales » qui vont s'accompagner de conflits avec l'entourage que ce soit au niveau professionnel, familial, amical, financier ou judicaire.

Ces expériences de confrontation entre la personne addicte et son entourage social peut entrainer une stigmatisation basée sur les prénotions négatives qu'a la société des « alcooliques ». Une fois considérée comme telle, la personne est mise au ban de la société, perd ses multiples rôles sociaux (celui de mère, de fils, de collègue, de patron, de voisin…) au profit du rôle, plus ou moins imposé, de celui de personne addicte à l'alcool. Cette « dégringolade » sociale atteint alors profondément l'estime de soi et va favoriser le fatalisme. Cela génère par la même occasion un stress porteur d'une anxiété importante. Ainsi l'alcool semble la seule solution pour s'aider à vivre cette situation douloureuse.

La personne addicte va alors se rapprocher des personnes auprès desquelles elles ne se sentent pas jugées, celles qui ont le même type de comportement face à l'alcool par exemple. Plus besoin alors de justifier sa consommation excessive, ce qui ne peut finalement que la favoriser. Il est alors assez facile de s'isoler du monde extérieur au sein d'une sorte de communauté de personnes alcoolo-dépendantes et faute de pouvoir faire autrement, entretenir sa consommation pour garder ce reste de lien social indispensable à tout homme.

Le cercle vicieux psychologique

Ce cercle explique ce qui peut se passer au niveau du ressenti personnel face à une consommation addictive d'alcool.

Le fait d'avoir conscience de sa perte de maitrise face à la consommation d'alcool va entrainer un sentiment de honte et de culpabilité, notamment en regard des rôles sociaux qui sont les nôtres. Ces sentiments peuvent vite devenir insupportables et entrainer une consommation d'alcool pour soulager ce mal-être, pour oublier l'espace d'un instant. Cette « automédication » va aussi être le moyen d'apaiser l'anxiété due aux répercussions connues de l'addiction.

Tout comme les terrains d'instabilité psychologique (dépression, anxiété, TDAH,…) peuvent favoriser la conduite addictive, cette dernière peut aussi mettre à mal l'équilibre psychique.

Le cercle vicieux cérébral

Ce cercle explique ce qui peut se passer au niveau du cerveau lors d'une consommation addictive d'alcool.

L'alcool a des effets sur la perception que l'on peut avoir des choses ainsi que sur l'importance que l'on peut y accorder. Sous l'emprise de l'alcool le fait de sentir que l'on a trop bu ne peut avoir aucune importance sur le moment, ce qui ne va pas nous permettre de réguler la consommation. De plus, l'alcool peut entrainer des lésions de l'hippocampe et

donc des troubles de la mémoire, si on décide de se restreindre à un certain nombre de verres par exemple, la consommation effective peut être faussée.
L'alcool a pour effet de ralentir l'activité neuronale ce qui va diminuer l'état de conscience, la vigilance et donc la résistance à boire de l'alcool. La substance va aussi dégrader le cerveau au niveau du cortex frontal ce qui va altérer la maitrise de soi (identifié comme la « diminution de la force du moi » dans le modèle), de son comportement ainsi que tout ce qui est de l'ordre des raisonnements complexes. Ces capacités influent sur la réflexion, la volonté. Lorsqu'elles sont affectées, elles n'offrent plus les ressources internes permettant la maitrise de la consommation.

Les situations de handicap liées à l'addiction à l'alcool

Les situations de handicap peuvent être définies selon plusieurs critères, nous nous baserons sur ceux de la CIH-2 (2001) qui se prennent en compte à la fois un modèle médical et un modèle social définissant ainsi le handicap d'après ces deux approches :

-D'un point de vue médical, « le handicap est perçu comme un attribut de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou un autre problème de santé, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels. Le handicap est géré pour guérir le malade, ou l'adapter et changer son comportement. Les soins médicaux sont perçus comme étant la principale question ».

-D'un point de vue social, « la question du handicap est perçue comme étant surtout un problème créé par la société et principalement comme une question d'intégration complète des individus dans la société. Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social. Ainsi, la solution au problème exige-t-elle que des mesures soient prises dans le domaine des politiques sociales, et c'est à l'ensemble de la société qu'il revient d'apporter les changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale. La solution est donc une question d'attitude ou d'idéologie, qui nécessite un changement de société »

La CIH-2 nous dit que la situation de handicap est déterminée selon trois axes : l'altération d'une fonction organique et/ou d'une structure anatomique, la limitation d'activité et la restriction de participation. (Annexe 1)

Altération de la fonction organique et psychologique

Pour la CIH-2, « les fonctions organiques sont les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques). Les déficiences sont les problèmes des fonctions organiques ou des systèmes anatomiques, comme écart ou une perte

importante. » L'addiction à l'alcool, entre autre due au caractère psycho-actif de la substance, entraine un ensemble de troubles des fonctions cérébrales, mais aussi au niveau de divers autres organes. En voici quelques exemples.

Les atteintes cérébrales

Voici les atteintes cérébrales les plus fréquentes selon LEJOYEUX et ADES, 1996:

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke : conséquence d'une carence en vitamine B1 causée par la forte consommation d'alcool, mais aussi lors des sevrages. Elle entraine une perturbation de la conscience (obnubilation ou coma), des troubles de l'équilibre (cérébelleux et vestibulaires) et des signes oculaires (nystagmus et/ou paralysie des mouvements oculaires latéraux). Peuvent également être observés une hypotension orthostatique, une hypothermie, un coma. Lors de l'évolution, on observe la survenue d'un syndrome de korsakoff dans environ 75% des cas.

Le syndrome de Korsakoff : Fait suite à une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, se résume par des troubles cognitifs essentiellement mnésiques d'importance variable allant d'un défaut de la mémoire antérograde à une amnésie complète. De plus les troubles de la mémoire peuvent se mêler à la production d'un délire engendrant une fausse reconnaissance de faits n'ayant jamais été vécus. A cela peut s'ajouter une désorientation, des troubles visuels, des troubles de la parole ainsi que des fabulations. Ce syndrome se chronicise dans 80% des cas.

La démence alcoolique : Diagnostiquée si elle survient à la suite d'une alcoolisation massive et prolongée et persiste au moins après 3 semaines de sevrage. Selon le DSM-IV, cette démence entraine des troubles mnésiques, des troubles cognitifs (par exemple aphasie, apraxie, agnosie, trouble de la planification, d'organisation, d'abstraction…), une altération du fonctionnement social. Elle doit survenir en l'absence d'autres causes de démence ou de confusion mentale pour être diagnostiquée comme telle. Elle concerne environ 10% des personnes alcoolo-dépendantes après sevrage.

De plus, l'addiction à l'alcool va favoriser l'apparition d'atrophies cérébrales et cérébelleuse d'encéphalopathies diverses, d'accidents vasculaires cérébraux et de traumatismes crâniens lors des états d'ébriété.

Autres atteintes somatiques

La toxicité de l'alcool entraine une détérioration au niveau de divers endroits de l'organisme, que se soit directement lié aux molécules de l'alcool ou aux dérèglements physiologiques entrainés par celles-ci. Ainsi l'alcool peut entrainer un ensemble d'altérations somatiques dont voici un aperçu rapide qui ne sera pas développé : neuropathies alcooliques

(périphériques), troubles hépatiques (stéatose, hépatite, cirrhose), pancréatite, altération de tout le système digestif, dégradation du système cardio-vasculaire, cardiomyopathies, troubles hématologiques, pathologies cancéreuses…

Les atteintes psychologiques et comportementales

L'alcoolo-dépendance majore le risque d'isolement affectif, ce qui a des répercussions au niveau de l'entourage familial, amical et professionnel. Cet isolement est entre autre dû à l'irritabilité, l'agressivité et la violence que peuvent entrainer l'addiction. La personne ainsi rejetée se désintéresse progressivement de son entourage tout en éprouvant un sentiment d'injustice et d'abandon.

Autre trait psychologique, la personne addicte est souvent, dans un premier temps, dans le déni face à sa consommation ce qui va susciter une incompréhension de la part de la famille et une barrière à la démarche de soin ainsi qu'à l'implication dans le soin lorsque celui-ci est entamé.

Les atteintes psychiatriques

Nous avons vu précédemment que des pathologies psychiatriques peuvent favoriser l'alcoolo-dépendance. Inversement, l'addiction peut entrainer ou pérenniser le trouble psychiatrique. C'est pourquoi il est parfois difficile, en présence des deux tableaux, de déterminer le facteur de causalité d'entre les deux problématiques. Dans tous les cas, la prise en charge de l'addiction et le maintien du sevrage ne peut être que bénéfique à la prise en charge de la maladie psychiatrique. De plus, il existe des psychoses alcooliques, troubles faisant directement suite à l'addiction ou au sevrage se traduisant de diverses manières :

-Les idées fixes post-oniriques : persistance d'un élément du délire, après un épisode délirant souvent due au sevrage (exemple : délirium tremens).

-L'hallucinose des buveurs de Wernicke : prédominance d'hallucinations auditives (parfois visuelles) hostiles favorisant une grande anxiété. Elle peut entrainer des troubles du comportement.

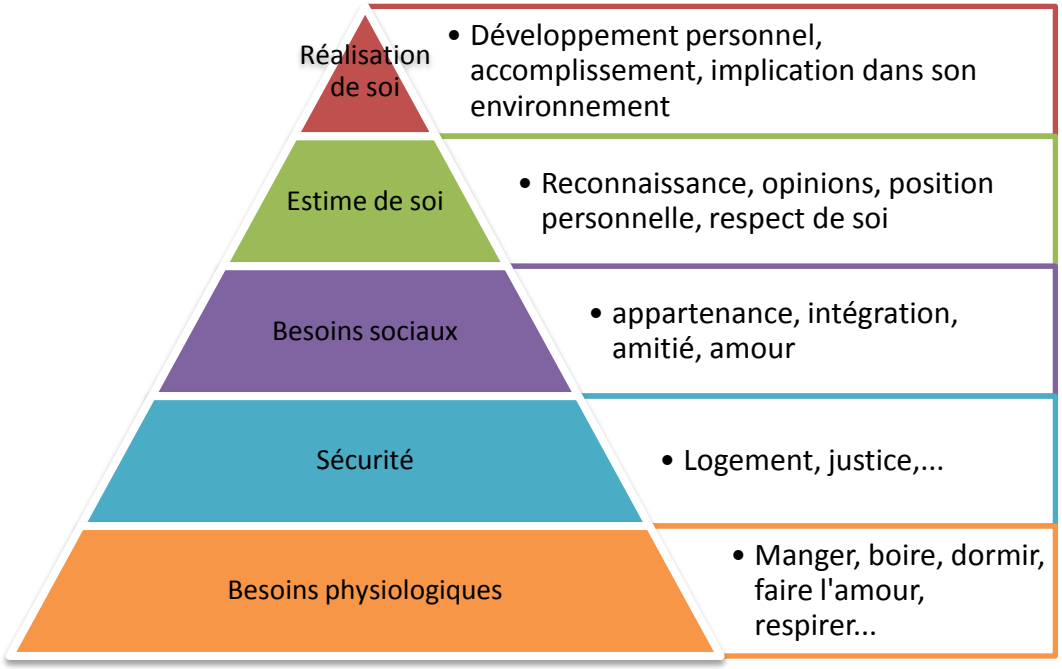
-Délires de jalousie et de persécution : délires chroniques de type paranoïaque augmentant le risque de passage à l'acte contre soi, le conjoint ou un tiers.

Limitation d'activité et restriction de participation

Pour la CIH-2, « une activité signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité ». A différencier avec la participation qui «signifie le fait de prendre part à une situation de la vie réelle. Les restrictions de participation désignent les

problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle», ce qui rentre directement en lien avec la perte d'un rôle social.

En l'occurrence, le fait d'être dépendant à l'alcool désigne une dépendance incontrôlable, et surtout omnipotente qui va influer sur l'activité et la participation. En effet, chacun est à différents degrés dépendant de certaines choses qui nous entourent. Nous sommes dépendants d'une multitude d'éléments permettant de satisfaire un maximum de nos besoins. La pyramide de Maslow ci-dessous propose une représentation générale de ces besoins.



Nous sommes pour la plupart plus ou moins dépendants de notre travail, de notre famille ou entourage, de nos activités de loisirs. Ce sont ces diverses activités qui nous permettent d'acquérir le nécessaire pour satisfaire nos besoins primaires (physiologiques) mais aussi les besoins plus secondaires (sécurité, sociaux, estime de soi, réalisation de soi). Nous avons pour la plupart une multitude de dépendances au niveau de ces activités qui nous assurent un équilibre et une qualité de vie qui nous satisfait personnellement.

La personne alcoolo-dépendante n'a qu'un besoin principal et finit par ne dépendre que de celui-ci : consommer de l'alcool. Cette dépendance unique brise l'équilibre instauré par une sorte de « pluri-dépendance » maitrisée et la majorité des activités dans la vie de la personne addicte n'est plus qu'en rapport avec l'alcool : se le procurer et le consommer. En termes de participation, la personne prend de moins en moins part à des situations de la vie

réelle excluant la consommation d'alcool. Les répercussions sur ces habitudes de vie vont se faire au niveau des différentes sphères composant la vie de la personne.

La sphère familiale

Tout d'abord, l'addiction à l'alcool est un facteur de risque en ce qui concerne les divorces (FESTY & VALETAS, 1988). Les problématiques relationnelles et comportementales liées à l'addiction sont en effet peu compatibles avec une vie de couple, ni avec une vie familiale au sens large. Le tabou de l'alcoolisation ou le rejet de la personne concernée va entraîner de fait une diminution de la communication avec cette dernière. Elle va avoir tendance à s'isoler et progressivement ne plus prendre part aux activités familiales. De plus, il est fréquent que des événements de violence ou de maltraitance fassent partie des conséquences de l'addiction à l'alcool au sein d'une famille, ce qui risque de créer une réelle scission entre la personne potentiellement dangereuse et le reste de la famille. A long terme, la consommation d'alcool peut perturber la libido ainsi que le plaisir lors des rapports sexuels, ce qui peut poser problème au sein d'un couple.

Les rôles de chacun au sein d'une famille vont être perturbés lorsque l'un des membres devient alcoolo-dépendant. Lorsque que c'est l' « enfant » dans le sens fils ou fille, les parents (parfois frères et sœurs) peuvent réagir de manière diverses, ne plus assumer leur rôle de parent face à cet enfant, prendre un rôle de tuteur voir un rôle de martyre. Il en va de même lorsque c'est l'un des parents. Parfois les enfants et le conjoint peuvent assumer un rôle parental auprès de la personne concernée. Ce chamboulement des situations familiales peut être très perturbant autant pour la personne addicte que pour sa famille, les conséquences de ce changement vont influencer l'équilibre familial voir l'équilibre personnel des membres de l'entourage.

Une fois le nouvel équilibre établi, la famille peut trouver des bénéfices secondaires à cette situation. En plus de cela, une nouvelle perturbation de l'équilibre familial causée par l'arrêt de l'addiction peut aussi être vécue comme un traumatisme ce qui peut freiner les tentatives de traitement.

La sphère professionnelle

Les complications somatiques et psychologiques résultant de l'alcoolo-dépendance vont souvent finir par avoir un retentissement au niveau professionnel. Les capacités physiques et intellectuelles requises au travail peuvent être trop importantes pour la personne addicte ce qui va entrainer une baisse de production. Les relations avec les collègues, compte tenu de la répercussion comportementale de l'addiction, vont avoir tendance à se dégrader. L'absentéisme peut aussi augmenter lorsque la personne n'est pas en capacité de travailler ou de se rendre sur le lieu du travail. D'après l'Association Nationale de Prévention en

Alcoologie et Addictologie (ANPAA), l'alcool serait impliqué dans 15 à 20% des accidents du travail. Tous ces facteurs ont souvent comme conséquences un licenciement forçant la personne à cesser son activité professionnelle.

La personne addicte perd l'un de ses rôles sociaux, il passe alors du statut de professionnel reconnu dans son travail, à chômeur (et « alcoolique »), ce qui va mettre à mal l'estime de soi, possiblement générer une forme de honte et d'angoisse face à l'avenir, ce qui va entraîner une consommation accrue.

La sphère sociale

La sphère sociale concerne ici toutes les relations que nous pouvons avoir au sein de notre environnement en plus du cadre familial et professionnel. Il s'agit des activités de vie sociale au sein de la cité, les activités du quotidien, les loisirs… Ces activités vont aussi être impactées par l'addiction. En effet, même si des activités comme les loisirs sont choisies sans obligation dans un but d'épanouissement personnel, elles vont être compromises pour différentes raisons. Tout d'abord, certaines de ces activités vont demander de pouvoir se déplacer, or il n'est pas rare que les personnes addictes à l'alcool finissent par perdre leur permis de conduire.

Ensuite, pour les mêmes raisons que les activités précédentes, les troubles du comportement ne vont souvent pas être adaptés à la vie en société

Au niveau de la sphère sociale, c'est le rôle social qui peut prendre le pas sur l'activité. En effet, le fait d'avoir « des problèmes avec l'alcool » peut être extrêmement stigmatisant dans notre société. Si la personne addicte a conscience de cette vision qu'a son entourage social de sa situation, cela peut être vécu comme du jugement. Ce qui va généralement laisser place à un sentiment de honte, de culpabilité. L'effet direct de ces ressentis peut être l'absence de participation de la personne addicte par un arrêt ses activités, souvent au profit d'activités liées à une alcoolisation.

Traitements et accompagnement des personnes addictes à l'alcool

Pour une personne souffrant d'une addiction à l'alcool, le parcours de guérison peut être laborieux, passer par diverses structures, et se répéter un certain nombre de fois. Guérir de l'alcoolo-dépendance n'a une réelle signification que pour la personne soignée, car la sensibilité concernant la consommation d'alcool reste identique. La personne se considère soignée lorsque la consommation personnelle d'alcool ne pose plus problème dans sa vie. Souvent cette situation n'apparaît que lorsque la personne reste abstinente, la consommation modérée favorisant le risque de rechute.

Pour l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), « L'objectif absolu d'une abstinence complète (…) s'il ne constitue pas un but en soi – le but étant une vie qui satisfasse le sujet –, il apparaît comme évidemment le seul critère objectif de l'interruption de la dépendance, (…) l'alcoolodépendant reste toujours beaucoup plus menacé par le maintien d'une consommation, même modérée, que par une abstinence totale. »

Selon une circulaire de 2008, le ministère de la santé oblige les structures en addictologie à répondre aux besoins dans les situations suivantes :
- intoxications aiguës sévères, overdoses
- sevrages justifiant une hospitalisation (delirium tremens, dépendances majeures aux substances psychoactives, polydépendances…)
- soins complexes
- pathologies somatiques associées (cardiaques par exemple) qui rendent périlleuse une cure de sevrage en ambulatoire et/ou exigent un bilan et des soins.
- échecs antérieurs de traitements entrepris dans des cadres moins intensifs résidentiels ou ambulatoires
- comorbidité psychiatrique grave (menace suicidaire, psychose aiguë, troubles majeurs du comportement…), troubles cognitifs induits.

La prise en charge par la filière, des problèmes psychiatriques associés aux conduites addictives, se fait en articulation avec les structures psychiatriques (équipes de liaison, secteurs...) afin de répondre au mieux aux problèmes posés par les patients.

Le sevrage

La première étape dans le parcours de soin en addictologie est le sevrage. Pour l'HAS, le sevrage est « l'arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique, chez l'alcoolodépendant. »

L'HAS recommande que l'objectif thérapeutique soit celui d'une abstinence complète de consommation d'alcool. De plus des conditions doivent être réunies, mise en place de conditions de confort et sécurité visant à éviter les syndromes de sevrage, assurer un suivi thérapeutique prolongé, favoriser l'expérience du sevrage comme positive sur les plans personnel, familial et professionnel.

Le traitement

Le traitement médicamenteux présentant le meilleur rapport bénéfice/risque selon l'HAS est l'usage des benzodiazépines (BZD) qui permettent d'atténuer les risques et l'importance du syndrome de sevrage. Il est aussi recommandé de procéder a une hydratation soutenue

ainsi qu'une cure de vitamine B (thiamine) afin d'éviter les troubles neurologiques ou cardiaques. En parallèle, une prise en charge psychologique et sociale doit être mise en place. En effet : « L'information, le soutien, le réconfort dans une ambiance calme, ouverte et confiante jouent un rôle important dans la prévention et le contrôle des symptômes et des accidents du sevrage. » (ANAES, 1999)

Il a été question récemment du baclofène, en effet ce médicament utilisé comme traitement des contractures spastiques à reçu une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) dans les cas d'addiction à l'alcool par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et du produit de soin (ANSM). Il s'agit d'une dérogation à l'utilisation initiale du produit dans des conditions encadrées car l'ANSM à estimé que « l'utilisation du baclofène pouvait permettre de répondre à un besoin thérapeutique non couvert (échec des autres thérapeutiques disponibles) et que le rapport bénéfice/risque pouvait être présumé favorable. » Effectivement, il s'avère que pour certaines personnes alcoolo-dépendantes, ce produit est une réelle aide au maintien de l'abstinence, cependant, il peut être contre-indiqué en cas de co-morbidité par exemple et peut entrainer des effets secondaires (troubles neuropsychiatriques, intestinaux, cardiaques…). Cette substance ne serait efficace qu'a forte dose, c'est pourquoi le suivi doit être important, sachant que les conséquences d'une telle prise à long terme sont encore un peu floues. Il faut donc voir ce médicament plus comme une aide possible que comme une solution miracle. Un accompagnement psychosocial reste nécessaire dans cette situation.

La demande

La demande de sevrage peut venir de la famille, de l'entourage amical, médico-social ou de la personne elle-même, mais le choix d'entamer celui-ci est remis à la personne afin qu'elle soit actrice de sa prise en charge. Le sevrage peut aussi être « contraint » par mesure judiciaire. Dans tout les cas, il doit être en adéquation avec le projet de vie en tenant compte de la motivation et des capacités de la personne. « Les études ne montrent pas de bénéfice à poursuivre le séjour au-delà de dix jours, sauf complications somatiques ou psychiatriques […] le sevrage thérapeutique nécessite une prise en charge médicalisée et pluridisciplinaire dans un travail en réseau » (LEJOYEUX & ADES, 1996)

C'est pourquoi les établissements en addictologie doivent être en lien avec des partenaires afin d'assurer un parcours de soin efficace. Ces partenaires peuvent être divers. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) offrent un accès facile, proche de la personne permettant un accompagnement précoce et une aide psycho sociale pour l'insertion. Les médecins de ville jouent aussi un rôle dans le repérage des addictions et dans la coordination avec les structures de soin. De même, le réseau de santé général doit être en collaboration avec le réseau d'addictologie.

On distingue deux types de sevrage :

-Le sevrage simple : S'effectue en ambulatoire, dans les CSAPA, Centres Médico-Psychologique (CMP) ou en Consultations Hospitalière. Il permet de préserver une vie familiale professionnelle et sociale en parallèle.

-Le sevrage complexe ou soins résidentiels complexes : Favorisé en cas de dépendance sévère, de complications de sevrage antérieur, de poly addiction, de pathologies associées, de certains troubles psychiatriques, d'échecs lors des sevrages simple ou d'un environnement obstacle pour le patient. Ils s'effectuent en service de court séjour en addictologie et garantissent une surveillance continue dans un environnement « sain ».

Les services de soins

COURT SEJOUR ADDICTOLOGIQUE

Le court séjour en addictologie a pour mission d'accueillir le patient pout évaluer sa conduite addictive ainsi que ses problèmes sociaux, d'assurer son sevrage dans de bonnes conditions de sécurité, et enfin d'établir un projet de soin personnalisé jusqu'à organiser la sortie en lieu de vie notamment avec un SSRA. Le court séjour participe aussi à la recherche en addictologie et à la formation en addictologie des personnels des établissements de santé.

EQUIPE HOSPITALIERE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE (ELSA)

Les équipes hospitalières de liaison et de soin en addictologie ont pour mission tout d'abord d'aider au repérage des problèmes addictifs puis de conseiller voire d'intervenir brièvement sur certaines situations afin d'orienter dans le réseau addictologie. Elles peuvent contribuer à l'évaluation de l'addiction, à l'élaboration du projet de soins et à la mise en place d'une prise en charge médico-psychosociale. L'ELSA aide aussi l'équipe soignante lors de la réalisation du sevrage puis prépare la sortie de l'hospitalisation et oriente la personne vers des dispositifs spécialisés pour le suivi.

Ces équipes peuvent aussi faire de la sensibilisation et la formation des équipes de soins à l'addictologie, élaborer des protocoles de repérage, de prise en charge, de sevrage… Elles peuvent s'occuper de l'éducation à la santé en addictologie pour les patients.

CONSULTATION HOSPITALIERE D'ADDICTOLOGIE

Le rôle des consultations hospitalières d'addictologie est d'accueillir, d'évaluer, de traiter et d'orienter les personnes demandeuses d'aide dans le dispositif addictologique. Cela comprend une prise en charge dans le cadre d'un programme de soins pour un sevrage simple et soins résidentiels complexes. Elles permettent d'organiser l'hospitalisation, le traitement en ambulatoire les patients ainsi que la proposition d'une prise en charge aux

patients présentant un mésusage repéré lors d'une admission à l'hôpital pour une raison autre.

Les soignants en charge des consultations peuvent aussi participer à la politique de prévention au sein des établissements de santé, à la recherche en addictologie, à la formation des personnels des établissements de santé en addictologie.

HOPITAL DE JOUR EN ADDICTOLOGIE

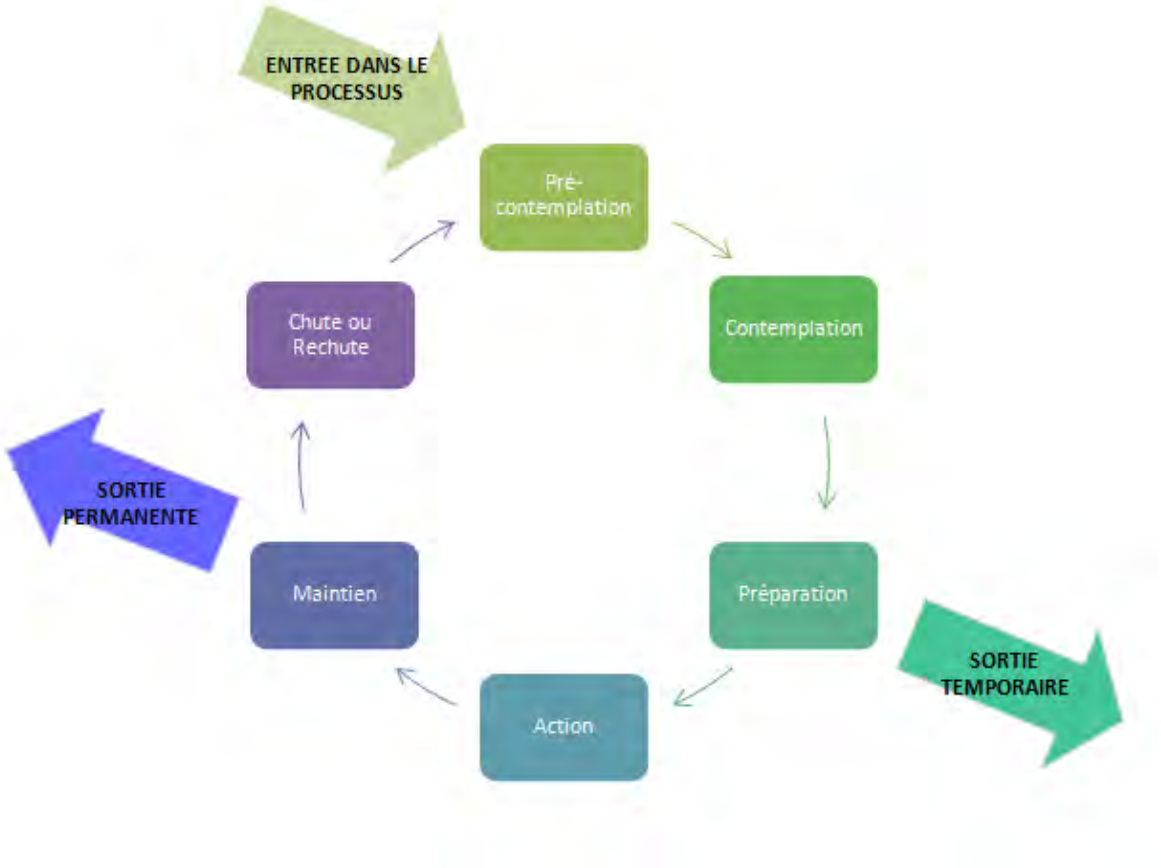
L'hôpital de jour en addictologie s'occupe de l'évaluation des patients nécessitant des soins, de la réalisation de bilans et de l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés. Tout d'abord par la réalisation des sevrages puis par l'accompagnement à moyen et long terme des patients à problématiques multiples (psychopathologies, troubles somatiques et sociales…). L'hôpital de jour en addictologie participe aussi au suivi des patients, à la recherche en addictologie et à la formation en addictologie des personnels des établissements de santé. (Annexe 4)

Après le sevrage

L'objectif étant de maintenir l'abstinence, il est essentiel que la personne addicte change ses habitudes de vie. Cette vision correspond à une approche cognitivo-comportementale de la problématique et de sa prise en charge. C'est la conception la plus largement utilisé dans le domaine de l'addiction puisque les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont recommandées par l'HAS dans ce type de prise en charge (Conférence de consensus 7et 8 mars 2001). Cependant je pense qu'il ne faut pas demeurer cloisonné strictement dans une conception de la maladie et de sa thérapeutique, et que d'autres visions telles que l'approche psychodynamique (d'inspiration psychanalytique) peuvent dans certains cas apporter un éclairage positif. Néanmoins, je me cantonnerai principalement à la vision cognitivo-comportementale intégrant les moyens thérapeutiques recommandés par l'HAS : Les TCC, le soutien psychologique, les thérapies conjugales et familiales ainsi que les mouvements d'entre-aide.

Le processus de changement

Le processus de changement est analysé par Prochaska et Di Clemente en 1982, ils parlent alors du modèle transthéorique de changement, il est expliqué de la manière suivante :



Le stade de Pré-contemplation n'est pas à proprement parler partie intégrante du processus puisque il correspond au déni de la maladie et donc la personne ne voit aucune raison de changer de comportement puisqu'elle n'en voit aucun bénéfice. Seulement, il arrive que certaines personnes arrivent en soin à ce stade par obligation de la part de la famille, des autorités judicaires… Le rôle de l'équipe thérapeutique est tout d'abord d'établir une relation de confiance avec la personne, d'écouter son point de vue sans jugement et d'aider la personne à prendre conscience d'un lien possible entre les problèmes rencontrés dans la vie quotidienne et le comportement addictif.

Le stade de Contemplation correspond à un stade d'ambivalence entre l'engagement dans le soin, et le maintien des habitudes comportementales et des bénéfices associés. La personne reconnait alors son problème d'addiction et doit prendre une décision avant de poursuivre le processus. Cependant, elle peut considérer que les conséquences ne sont pas si graves, que les problèmes rencontrés peuvent être réglés autrement ou encore que la volonté d'engager les soins n'est pas assez forte. Le rôle de l'équipe est alors d'accompagner la personne dans cette décision, par exemple en réfléchissant avec la personne sur les avantages et inconvénients de l'un ou l'autre des choix, à court et long terme. ça peut être le moment de poser les premières bases d'un projet de maintien dans l'abstinence avec des

objectifs réalisables, comme renforcer l'estime de soi afin que la personne se sente capable de prendre en charge ses soins avec les professionnels.

Le stade de Préparation est le stade de la décision prise et donc de la projection de la personne alcoolo-dépendante dans son parcours de soin mais surtout dans l'implication de son changement de comportement dans la vie de tous les jours. Cette dernière va amorcer les démarches qui permettront le bon déroulement de la phase suivante. A ce stade, l'équipe va elle aussi préparer l'accompagnement thérapeutique adapté au stade ultérieur.

Le stade d'Action est celui du changement effectif du comportement, des habitudes de vie, c'est aussi celui de la mise en place d'éléments permettant une pérennisation de ce changement au quotidien. La personne a, à ce stade, confiance en ses capacités de changement. L'équipe va alors accompagner la personne, la soutenir dans cette période de changement qui peu mettre la personne face à des problématiques difficiles à surmonter seule. C'est pourquoi le travail sur l'estime de soi est à renforcer dans cette étape ainsi que l'élaboration de stratégies permettant le maintien dans la durée de ce changement.

Le stade de Maintien correspond à l'étape d'intégration et d'automatisation progressive du nouveau comportement. C'est le moment où la personne commence à ressentir les bénéfices du changement de ses habitudes. C'est le moment où l'équipe va réfléchir avec le patient aux moyens à mettre en œuvre pour prévenir la rechute par une identification des situations à risque et l'élaboration de stratégies d'évitement. A ce stade, on peut estimer que la personne est apte à retrouver toute son indépendance et son autonomie dans son environnement. Dans l'idéal, c'est à ce stade que s'effectue le retour à domicile. Il faut alors s'assurer que la réintégration se passe de la manière la plus adaptée et la moins anxiogène pour le patient dans un objectif d'une meilleure qualité de vie possible.

Le stade de Chute ou Rechute est celui du retour au comportement antérieur, souvent amplifié. Cela est souvent vécu comme un échec de la part de la personne alcoolo-dépendante mais aussi de l'équipe soignante. Il n'est pas rare de devoir effectuer plusieurs « boucles » avant de parvenir à la sortie permanente sachant que les événements de la vie ne sont pas toujours favorables à un stade de maintien dans la durée et que parfois la personne n'est pas encore tout à fait prête pour le changement de comportement. Souvent la chute ou rechute est exprimée de manière faussée, soit elle est maximisée soit minimalisée, toujours par un phénomène de culpabilité de la part de la personne.

Les structures de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA)

Je vais davantage développer ce type de structure étant donné que c'est celui que je connais le mieux et qui a comme finalité le retour à domicile, objet de mon propos.

Pour le ministère de la santé (2008), les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) ont comme objectif de « prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation ». Il faut savoir que sans intervention après le sevrage, le taux de rechute est estimé à 80%. (HEINZ, BECK, GRÜSSER, GRACE, & WRASE, 2009)

Les usagers des SSRA sont souvent des patients sevrés dans une autre structure du réseau addictologie.

Les deux objectifs du SSRA sont :
• La consolidation de l'abstinence, par la prévention des rechutes et des risques liés à la consommation.
• Le suivi médical accompagné d'une aide psychothérapeutique individuelle et collective et d'un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale.

Généralement, les SSR offrent un accueil en hospitalisation complète, puis en hospitalisation de jour lorsque la personne et l'équipe d'accompagnement estime que c'est possible. Lors de l'admission, l'équipe doit effectuer un bilan médico-psycho-social afin de rédiger un projet thérapeutique personnalisé et ainsi déterminer les objectifs et les moyens d'accompagnement de la personne tout au long du séjour. Ce projet thérapeutique est réajusté régulièrement lors des synthèses en fonction de l'évolution de la personne. A la fin du séjour, c'est là que doit être préparé le retour à domicile avec le patient, sa famille, l'équipe soignante et le réseau hospitalier (suivi ambulatoire) extrahospitalier (professionnels libéraux, associations…). La durée d'accompagnement peut être de quelques semaines à trois mois (souvent nécessaires). Dans le réseau addictologique en hôpital, les SSRA sont un intermédiaire entre les soins de sevrage et le suivi en ambulatoire lorsque le retour à domicile est effectué.

L'orientation en SSRA se fait après un entretien avec un médecin de la structure ayant reçu une demande d'entrée. Le patient doit être volontaire pour réfléchir sur son addiction, accepter l'accompagnement thérapeutique et le travail sur soi ainsi que les soins. « Les pratiques thérapeutiques et de réadaptation sont dispensées de façon individuelle ou collective sous forme de psychothérapie, d'ergothérapie, de psychomotricité, de kinésithérapie, d'éducation thérapeutique, d'activité physique adaptée… »

Les patients présentant des troubles cognitifs ne peuvent pas toujours profiter pleinement des apports thérapeutiques proposés du fait de leurs difficultés. Cependant, ils doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge particulière de ces difficultés cognitives.

Le suivi thérapeutique et de réadaptation permet de diminuer les angoisses, de se réapproprier son corps, d'initier une nouvelle dynamique, de revaloriser l'estime de soi, de reprendre contact avec une réalité parfois lointaine et d'amorcer un processus de changement. Il existe pour cela des thérapies individuelles, de groupe, familiale ou de couple… L'accompagnement social complète l'accompagnement médical et thérapeutique en lien avec une perspective de réadaptation, notamment pour les populations en situation précaire.

L'ergothérapie en SSRA

Objectifs de l'accompagnement ergothérapeutique

Comme nous l'avons déjà vu, l'ergothérapie est le soin pour l'activité, notre objectif global est d'accompagner la personne dans la reprise d'activités qui ont un sens pour elle. Cela passe par l'élaboration d'une relation de confiance avec la personne, autrement appelée alliance thérapeutique. Les objectifs, de manière plus concrète, vont être de comprendre les circonstances du soin, les motivations de la personne pour changer son comportement face à l'alcool, son projet de vie, son environnement et son entourage. Ensuite suivant le stade de la personne dans son processus de changement et ses attentes particulières, des objectifs d'accompagnement seront élaborés avec la personne. Souvent, il est nécessaire d'aider la personne à se remettre en action par rapport à des situations de vie réelle. L'ergothérapeute est là pour stimuler l'action de la personne, sa prise d'initiative, mais aussi pour être à l'écoute des difficultés que le changement de comportement et la remise en action peuvent engendrer En effet ce bouleversement dans les habitudes de vie implique souvent de faire face à des situations de vie pouvant être très anxiogènes.

Des objectifs propres aux patients peuvent être du ressort de l'ergothérapeute. Par exemple, lors de mon stage effectué en addictologie, les ergothérapeutes pouvaient aussi aider les personnes suivies pour améliorer leurs capacités cognitives ainsi que pour favoriser l'expression de leurs émotions.

Moyens mis en œuvre.

Comme nous l'avons vu l'ergothérapie est le soin par l'activité, l'un des moyens utilisé est donc de permettre à la personne de faire quelque chose à travers un médiateur, un objet. Mais ce n'est pas tout, l'un des moyens permettant la réalisation des objectifs est tout simplement l'attitude du thérapeute avec la personne.

Savoir être

Dans cette relation, on appel « transfert » la représentation que la personne a de nous, et « contre transfert » la représentation que nous avons d'elle. De ces transferts pouvant

évoluer tout au long de la relation va découler nos attitudes. Si je devais retenir une chose de mon stade en SSRA, c'est bien l'avis d'un de mes tuteurs sur ce phénomène. Il m'expliquait que pour établir une relation thérapeutique, il faut avoir conscience de l'image que peut avoir la personne de nous, mais aussi, et ce n'est pas forcément plus facile, ce que nous renvoie la personne. Dans certains esprits, le thérapeute devrait considérer tous les patients de la même manière et agir de façon identique avec tous. Or il s'agit là de relations humaines et pour une raison ou une autre, nous nous sentons plus en accord, plus à l'aise, avec une personne qu'avec une autre, le tout est d'en avoir conscience et de faire en sorte de rester dans un cadre thérapeutique professionnel et bienveillant.

De plus, comme dit l'adage : «Accompagner quelqu'un, c'est se placer ni devant, ni derrière, ni à la place. C'est être à côté», l'ergothérapeute ne doit ni faire à la place de la personne, ni la forcer à faire quoi que ce soit. Bien sûr cela arrive pour montrer un exemple ou stimuler la personne, mais cela doit rester adapté à l'objectif de mise en action de la personne, actrice de son parcours de soin. Ce principe thérapeutique souvent bien connu n'est pourtant pas toujours respecté, c'est pourquoi l'ergothérapeute doit constamment se questionner sur sa pratique pour un accompagnement efficient.

Ce savoir être participe à l'alliance thérapeutique avec le patient, au cadre instauré lors des travaux de groupe, et donc influence directement la personne dans l'activité et dans son soin en général.

Savoir faire

L'ergothérapeute dispose d'un ensemble de compétences pouvant répondre aux objectifs présentés si dessus, ces compétences sont tirées de l'Arrêté du 5 juillet 2010 :

- Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique : par le biais d'un entretien avec la personne pour «identifier les besoins et les attentes liées à la situation ou au risque de handicap […] dans son environnement » ainsi qu' « évaluer […] les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes […] et les habitudes de vie ». Il est aussi possible à l'ergothérapeute d'évaluer les capacités cognitives de la personne via un bilan validé.

-Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement : une fois la situation évaluée, il faut l'analyser afin d'établir avec la personne un programme de soin en ergothérapie et « formuler des objectifs et identifier des activités significatives [et signifiantes], adaptés au projet de vie de la personne et au contexte ». De plus, l'ergothérapeute peut être amené à « concevoir des mises en situation écologique permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie. »

-Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie : La mise en place des activités déterminées préalablement nécessite une analyse de ces dernières afin d'y apporter le cadre le plus adapté d'un point de vue thérapeutique (lieux, aménagement, temps de séance, en groupe ou en individuel, groupe ouvert ou fermé…). L'ergothérapeute va accompagner la personne dans l'activité en lui laissant le plus d'autonomie possible. Il va analyser le comportement de la personne dans l'activité, et dans le groupe, au fil des séances, pour se rendre compte d'une évolution possible. En cas d'évolution favorable : l'ergothérapeute peut « accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique. »

-Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique : il s'agit tout au long de l'accompagnement d' « identifier les besoins, notamment d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées et repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives» afin de « déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé ». Mais aussi de « communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne ou le groupe de personnes dans l'expression des besoins de santé ». D'autre part, l'ergothérapeute peut « conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leurs savoir faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale [de la personne] ». Cela peut être effectif dans les liens existant entre les professionnels au sein d'une structure mais aussi les partenaires extérieurs (services médicaux, sociaux, associations…), lors du retour à domicile par exemple.

Ces compétences ergothérapeutiques s'inscrivent tout à fait dans ce que peut nécessiter l'accompagnement interdisciplinaire que proposent les SSRA. Lors de mon stage, j'ai pu expérimenter le travail de l'ergothérapeute dans ce genre de structure.

Le retour à domicile

Le retour à domicile correspond à un retour à un lieu habité par la personne, c'est-à-dire à un lieu porteur d'une histoire, d'habitudes. C'est un endroit investi par ses habitants, souvent la famille, coupé du monde extérieur. Cependant, ce retour à domicile implique le retour à l'environnement personnel en général, hors du contexte médical. La personne retrouve un milieu familier, des lieux, un entourage, une culture, autant d'éléments pouvant être à la fois facilitateurs ou obstacles.

Le retour à domicile après le SSRA

Retrouver son environnement pour une personne alcoolo-dépendante, c'est souvent se retrouver à proximité des lieux de consommation, des copains de boisson. C'est retrouver les tracas du quotidien, les tâches ménagères, parfois des démarches administratives ou des dettes à régler. C'est retrouver une situation professionnelle. Suivant les situations, les rapports avec la famille, les amis, les collègues peuvent être plus ou moins difficiles. Loin du cadre isolé et protecteur du SSRA, la personne se retrouve projetée dans « la vie réelle ». Cette situation peut être une étape difficile à passer dans le parcours de soin, un accompagnement dans cette étape est donc nécessaires. Tout d'abord, le retour à domicile se fait souvent progressivement, par un ou deux week-ends de permission puis de l'hôpital de jour de manière de plus en plus espacée. Ce type de « sevrage » permet déjà un accompagnement de la personne par la présence temporaire de l'équipe soignante. Cependant, ce retour peut être préparé antérieurement avec la personne afin que le retour à domicile soit partie intégrante du programme de soin permettant ainsi une continuité progressive et naturelle de l'accompagnement.

Les recommandations de l'HAS insistent particulièrement sur un accompagnement personnalisé lors du retour à domicile ainsi que sur la prise en compte de ses choix concernant son présent et son futur. De plus, il faut prendre en considération le facteur environnemental (matériel et humain) lors de ce retour afin d'assurer des interactions positive entre la personne et son milieu.

L'accompagnement ergothérapeutique lors du retour à domicile

Nous avons vu que l'ergothérapeute peut accompagner la personne dans le retour à domicile pour favoriser le transfert des acquis à domicile. En l'occurrence, l'objectif est de permettre à la personne de pouvoir conserver le stade de maintien dans l'abstinence, donc préserver l'abstinence au sein du milieu écologique. Cela passe par une aide permettant d'atteindre la meilleure qualité de vie possible.

Si la personne le souhaite, l'ergothérapeute va tout d'abord préparer avec elle le retour à domicile en s'assurant qu'elle puisse avoir recours à des ressources, des aides en cas de moment d'instabilité comme la présence de professionnels, d'associations, ou de référents au niveau de l'entourage. Ensuite, selon les demandes et afin d'éviter les situations de dépendance à domicile, l'ergothérapeute peut accompagner la personne dans les tâches du quotidien : ménage, cuisine, courses, rangement des documents administratifs, repérage des environs, des moyens de transport… Cela peut se faire à travers l'instauration d'aides techniques (tableau pour planifier les démarches, les rendez vous prévus…), par la mise en

situation au centre ou encore à domicile. Lors des visites à domicile, l'ergothérapeute peut accompagner la personne à organiser son espace de vie, à reprendre possession des lieux à l'intérieur comme à l'extérieur en étant à l'écoute des attentes, des angoisses, des interrogations de la personne concernant son projet de vie et sa sortie des soins. Le but va alors être d'aider la personne à se projeter (et donc faire des projets), dans un environnement familier malgré un comportement et des habitudes différentes.

Je pense en effet que le programme de soin ne peut être finalisé qu'en permettant à la personne d'accéder à ce qui est pour elle une qualité de vie optimale. Sur le modèle de la CIF, cela correspond à des conditions idéales sur le plan physique et psychologique, sur le plan des activités et de la participation. Tout ceci étant directement en lien avec les facteurs personnels (ressources personnelles) et les facteurs de l'environnement. C'est pourquoi j'avance l'hypothèse suivante :

Un accompagnement ergothérapeutique lors du retour à domicile d'une personne après un séjour en SSRA va favoriser le maintien de l'abstinence.

Méthodologie

Les informations à collecter

L'hypothèse voulant être vérifiée, une recherche d'informations précises doit être mise en place. Admettons l'hypothèse comme vraie, cela suppose à la fois que :

- l'absence d'accompagnement lors du retour à domicile va augmenter les risques de rechute dans le processus de changement.
- les facteurs de risques de cette rechute peuvent être en partie limités par une intervention ergothérapeutique.

Auquel cas nous pourrons dire que l'hypothèse est véritablement validée compte tenu des résultats obtenus.

Les sources

Pour répondre à ses deux sous-hypothèses, il faut se demander quelles sont les sources les plus à même d'y répondre.

Concernant la première, il est clair que les personnes les plus légitimes sont les personnes alcoolo-dépendantes ayant fait plusieurs séjours en SSRA et n'ayant pas eu d'accompagnement lors du retour a domicile.

Pour ce qui est de la seconde sous-hypothèse, cela va concerner ces mêmes personnes pour l'identification des facteurs de risques de rechute. Les ergothérapeutes travaillant en SSRA pourront faire part de leur expérience pour ce qui est des compétences ergothérapeutiques requises lors du retour à domicile.

Le « relais » vers les autres sources

Ayant déjà effectué un stage en SSRA, j'ai gardé contact avec les ergothérapeutes travaillant dans cette structure. Je pense qu'ils pourront m'aider dans la mise en place de ma recherche. Tout d'abord en me mettant en contact avec des personnes correspondant aux critères recherché et acceptant de faire part de leur expérience personnelle à un inconnu. D'autre part, si besoin, ils pourront compléter les données en faisant part de leur point de vue sur les hypothèses.

Les outils

Le recueil de donnés nécessite l'utilisation d'outils qui doivent être adaptés au type d'informations recherchées. Tout d'abord, l'outil premier sera le dossier patient que je peux trouver au sein du SSRA et qui me renseignera sur les critères d'inclusion (par exemple afin de savoir si la personne à effectué plusieurs séjours en SSRA). Si ce n'est pas possible, cette information pourra m'être fournie par les ergothérapeutes de la Baronnais.

Ensuite, les informations seront recueillies auprès des usagers du SSRA via un entretien. J'ai choisi cet outil car il me semble plus pertinent que le questionnaire concernant la problématique traitée. En effet, je cherche davantage des témoignages de situations de retour à domicile qu'une multitude de données qui ne me permettraient pas d'analyser précisément ces situations.

L'entretien

On distingue trois types d'entretiens : directif, semi-directif et non directif. Ayant besoin de recueillir des informations sur différents points bien défini pour répondre à mon hypothèse, l'entretien non directif est donc exclu. Cependant il faut aussi que la personne interrogée puisse témoigner d'une situation vécue de la manière la plus naturelle possible afin de pouvoir recueillir des informations sincères et spontanées. C'est pourquoi l'entretien semi-directif me semble un bon compromis en terme de précision et de qualité. Entre réponse aux questions et grande liberté de parole, ce type d'échanges permet un approfondissement des réponses apportées.

Pour ce faire, il faut établir une grille d'entretien qui va me permettre de déterminer les questions de l'entretien et les informations recherchées par ces questions.

La grille d'entretien

		Question
Sous-hypothèse 1 : L'absence d'accompagnement lors du retour à domicile va augmenter les risques de rechute dans le processus de changement.	1	Avez-vous déjà vécu une situation de retour à domicile après un soin en post-cure?
		Question fermée pour vérifier les critères d'inclusion.
	2	Avez-vous été accompagné lors de ce/ces retour(s) à domicile ? (préparation avec un soignant, visite à domicile…)
		Question fermée pour identifier la situation et interpréter les réponses à venir.
	3	Comment s'est passé le retour dans votre logement? Points positifs, points négatifs.
		Question ouverte afin de recueillir les éléments obstacles ou facilitateurs lors du retour à domicile.
	4	Comment s'est passé le retour dans votre village/quartier? Points positifs, points négatifs.
		Idem.
	5	Comment s'est passé le retour auprès de votre entourage? Points positifs, points négatifs.
		Idem.
	6	Pensez-vous que les circonstances de votre rechute peuvent être liées à votre environnement? Si oui, lesquelles?
		Question fermée puis ouverte afin de définir les facteurs de risques de rechute en milieu écologique.
Sous-hypothèse 2 : Les facteurs de risques de cette rechute peuvent être en partie évincés par une intervention ergothérapeutique.	7	De quoi avez-vous bénéficié ici pour préparer votre retour à domicile?
		Question ouverte pour savoir à quel stade du soin se trouve la personne interrogée.
	8	Pensez-vous qu'un accompagnement lors du retour à domicile vous faciliterait la transition du centre au domicile?
		Question fermée afin de déterminer comment peut être perçu l'accompagnement.
	9	D'après vous qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour vous aider à ce moment là?
		Question ouverte permettant de définir quel type d'accompagnement peut être attendu par la personne.

Il s'agira ensuite de comparer la réponse de la question numéro 9 aux compétences de l'ergothérapeute afin de vérifier ou non l'hypothèse générale à savoir : un accompagnement ergothérapeutique lors du retour à domicile d'une personne après un séjour en SSRA va favoriser le maintien de l'abstinence à long terme.

Analyse des résultats

Présentation

J'ai finalement pu m'entretenir avec quatre personnes en soin à La Baronnais, SSRA des Apsyades, association à but non lucratif effectuant des missions dans les domaines de la santé mentale et de l'addiction. Tout d'abord Mr R, en soin depuis 1 mois à la Baronnais. Mr D, en soin depuis 1 mois également, rentre à domicile les weekends. Mr B, en séjour depuis deux mois et demi, fini bientôt son séjour. Et Mr G, lui sort dans une semaine.

Réponses

Question 1 : Avez-vous déjà vécu une situation de retour à domicile après un soin en post-cure ?

Mr R, a déjà vécu une post cure il y a 7 ans, et donc une situation de retour à domicile. Il en va de même pour Mr D qui est déjà rentré chez lui après un séjour à La Baronnais dans le passé. Mr B n'est pas directement rentré à domicile : « je suis venu moi, il y a un an, pour faire une cure ici. Et je suis resté 8 jours il me semble […] j'ai déclaré une maladie rare. J'ai été hospitalisé d'urgence du coup, à l'hôpital. Et on m'a décelé une maladie que je connaissais pas, une maladie auto-immune, donc j'ai attrapé la maladie de Wegener ». Mr G quant à lui a déjà vécu plusieurs retour à domiciles «Une première fois en 94, j'étais à coté de Tours dans une post cure pour addiction a l'alcool, on n'appelait pas ça addiction encore ».

Toutes les personnes interrogées rentrent dans les critères d'inclusion définis car elles ont toutes vécues une rechute après un soin en SSRA.

Question 2 : Avez-vous été accompagné lors de ce/ces retour à domicile ?

Aucun n'a bénéficié d'un accompagnement à ce moment là. Mr R a ajouté : « Non, pas trop et c'est mal tombé en plus parce que j'ai eu le décès de ma mère en même temps alors ». Il parle ensuite d'un période difficile pour lui. Mr D, en souriant à déclaré : « c'est peut être pour ça que je suis revenu ».

Puisqu'aucun n'a bénéficié d'un accompagnement lors du retour à domicile, les réponses suivantes nous permettront d'en étudier les effets. On constate que l'accompagnement ergothérapeutique, bien qu'il n'y ait que quatre résultats, n'est pas ou peu développé dans ce genre de situation.

Question 3 : Comment s'est passé le retour dans votre logement ?

Selon les personnes, cette situation a été plus ou moins bien vécue, et pour différentes raisons :

Pour Mr R, le retour au domicile est vécu comme une perte de soutien : « Le truc c'est qu'on est cocooné un peu. Il faut se préparer mentalement », et parfois une augmentation des tentations : « ça a tendance à être dur parce que on peut être tenté quand même. […] ça dépend des moments, moi je suis quelqu'un d'anxieux alors quand j'ai mes angoisses qui montent… ».

Pour Mr D, le retour au logement est synonyme d'isolement : « A l'époque, quand je suis rentré, j'habitais à St P., à la campagne avec ma compagne, et puis je n'avais pas trop de soutien, j'étais isolé quoi, j'étais en manque, je suis resté à peu près un mois abstinent. »

Mr B, lui ne voit pas ce retour de manière négative : « Non parce que chez moi j'ai pas d'alcool ça c'est clair », cependant il ajoute : « C'est plus éviter d'avoir la tentation de se dire je vais aller en acheter. Parce que moi je suis quelqu'un qui boit malheureusement seul, je suis pas quelqu'un qui va faire les bars. »

Mr G, lui aussi évoque l'isolement : « la première fois quand on est seul c'est pas facile, moi j'ai du mal à être seul donc on tourne un peu en rond. Au bout d'un moment bon, on se bouge un peu, on essaie de faire les choses et puis moi je sais que je suis pas resté longtemps [abstinent] ». Il précise ensuite : « A ce moment là j'étais chez ma mère donc ça allait […] J'avais une certaine tendance à être en bipolaire donc à rester des temps et des temps comme un ours dans sa caverne en fait ».

Ce que nous pouvons tirer de ces réponses est que pour 3 personnes sur 4, l'isolement, la perte du soutien à l'extérieur est évoquée comme une difficulté. De même qu'une recrudescence de la tentation à domicile. Le retour du logement en soi est plutôt vécu de manière négative. L'ergothérapeute peut dans certains cas être un soutien dans les premiers temps du retour.

Question 4 : Comment s'est passé le retour dans votre village/quartier ?

Pour cette question aussi, les réponses ont été tout à fait divergentes :

Mr R, c'est plutôt un bon souvenir : « Ah ça s'est bien passé ouais, je suis pêcheur d'eau douce, il y a des marais alors moi je m'évadais plus dans la nature. »

Pour Mr D, cela a été plus difficile : « Après trois mois passés ici avec pas mal de gens, on se sent isolé, les weekends c'est assez mortel. C'est vraiment un lieu-dit, il n'y a qu'une maison alors… »

Pour Mr B, le retour dans le voisinage n'est pas du tout négatif : « Ah non pas du tout, je suis dans un quartier très bien à O…, ça se passe très bien et en aucuns ça c'est les entourages qui me font boire ou etcetera. »

Mr G, lui, a pris des décisions en ce qui concerne son lieu de vie : « Le retour à domicile cette fois, je vais changer de ville, parce que là je peux plus. Trop de fréquentation des gens qui boivent, des connaissances… J'ai pas envie trop de me frotter à ça donc j'ai quand même décider de trouver un studio où je suis loin et tranquille, dans un quartier calme. ». Il précise pour son retour antérieur : « J'ai recommencé à fréquenter les copains, les bistrots, et malheureusement je me suis remis à boire quoi. »

Le retour dans le quartier ou le village est ici vécu de manière très différente selon les personnes et selon l'environnement. Cela est positif dans le sens où nous retrouvons certaines habitudes de vie stabilisante. Mais cela l'est moins lorsque ces habitudes sont liées à la consommation d'alcool. L'isolement par l'absence de voisinage peut à ce niveau aussi être une difficulté. L'accompagnement ergothérapeutique peut parfois aider la personne à trouver du soutien au sein des environs du logement.

Question 5 : Comment s'est passé le retour auprès de votre entourage ?

Cette question a parfois pu toucher émotionnellement les personnes interrogées. J'ai ressenti que l'entourage est à chaque fois quelque chose d'important pour les participants.

Pour Mr R, retrouver son entourage n'est pas toujours facile: « Et bien j'ai que ma demi-sœur désormais et puis un peu mon père quoi. Et j'ai quelques amis quand même mais j'ai pas grand monde derrière. J'aime pas en parler [sujet de l'alcool]. […] Il y en a qui ne sont pas au courant non»

Mr D évoque lui aussi certaines difficultés : « Disons que la journée ça allait puisque je travaillais mais c'est plus le soir, je me retrouvais avec mon ex femme avec qui je ne m'entendais pas spécialement donc c'était pas toujours facile. ». Mais aussi des choses plus positives : « J'ai retrouvé mes amis et des anciennes connaissances qui m'ont fait leurs félicitations. […] Oui mes amis et la famille du côté de ma mère, mais ils ne sont pas de la région, je ne les voyais pas souvent. »

Pour Mr B, l'entourage est très important et soutenant : « Ah un soutien oui, j'ai failli perdre ma femme un moment donné parce que ma femme en a eu marre un moment donc j'ai

décidé de me faire soigner. […] Donc maintenant ma femme est toujours là, elle me soutien elle a encore espoir que tout peut s'arranger. C'est un soutien, si j'avais pas ma femmes demain ça serait une catastrophe. J'ai mes enfants, ma fille, ils sont au courant. Ils ont 13 et 16 ans, vous savez ils sont pas idiots, ils ont percuté. »

Mr G lui, est mitigé selon les moments de sa vie: « En 93 ma mère ne comprenait pas trop que l'alcoolisme c'est une maladie […] Mais il y avait des réunions prévues pour la famille justement pour expliquer le problème de la vie alcoolique […]. Donc depuis ce temps là elle m'a tout le temps soutenu, elle est toujours avec moi. Bon actuellement j'ai mes enfants qui sont très très soutenant, je suis bien bien entouré, j'ai toujours ma mère, mon frère, les gens sont là. Voilà, je suis vachement bien entouré »

Il apparait clairement avec cette question, que l'entourage pour être très positif pour la personne lorsqu'il est soutenant, encourageant. Mais il peut aussi être néfaste lorsqu'il s'agit de retrouver des situations conflictuelles, de jugement, lorsque la communication est difficile. L'ergothérapeute peut jouer un rôle à ce niveau là, par des explications de la pathologie ou du soin à l'entourage.

Question 6 : Pensez-vous que les circonstances de votre rechute peuvent être liées à votre environnement? Si oui, lesquelles?

Cette question n'a pas toujours été très bien comprise, cependant, elle a permis d'aborder certaines thématiques.

Pour Mr R, il s'agit avant tout d'un problème familial : « J'ai un petit souci à l'heure actuelle, c'est que je vois mon gars que 2h tout les 15 jours, 3 semaines. D'un coté je ne me sens plus le rôle du père, ce qui est un peu un élément perturbateur à l'heure actuelle. […] C'est quelque chose de pas évident, ouais. »

Mr D ne pense pas qu'il y ait de lien : « je me suis séparé peu de temps après la post cure et que je n'ai pas rechuté tout de suite, c'est venu beaucoup plus tard. »

Pour Mr B, la rechute est davantage liée à des facteurs psychologiques : « J'ai été un moment en abstinence, ça se passait bien et puis manque de pot, la déprime s'est accélérée, j'ai fait une dépression. Et puis après j'ai remis le nez dedans voilà. J'ai rechuté quoi, voilà. »

Mr G, voit plusieurs facteurs écologiques pouvant contribuer à une rechute : Les démarches administratives « les tâches administratives compliquées, les courriers, et on a pas envie de se mettre là-dedans donc on fait plus rien », les problèmes financiers « Quand on est alcoolisé on ne pense qu'à l'alcool donc financièrement on se met dans le trou », l'isolement

« A la fin on réussit à se renfermer sur soi-même donc les seuls moments où on sort c'est pour acheter de l'alcool ». Contre cet isolement il ajoute : « ou alors c'est alcoolisation mais dans les bistrots, dans les bars, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Donc on dépense des fortunes, mais justement dans les bars histoire de voir du monde. Malheureusement dans les bars on voit du monde qui boit alors on boit avec ces gens là et voilà. Là c'est des cuites assurées ».

Nous pouvons alors dire que la rechute n'est pas toujours directement liée à des circonstances environnementales. Cependant, il y a parfois un impact psychologique de ces dernières pouvant influer sur la consommation d'alcool. Il est important, en tant qu'ergothérapeute, de savoir comment l'environnement est vécu par la personne. En effet la réadaptation peut parfois passer par une adaptation du milieu écologique.

Question 7 : De quoi avez-vous bénéficié ici pour préparer votre retour à domicile ?

Cette question est posée sachant qu'il est proposé certains accompagnements pour le retour à domicile, notamment de la part des ergothérapeutes à partir d'un questionnaire sur les habitudes de vies.

Mr R, n'a pas abordé le retour à domicile avec les professionnels du centre, mais il a déjà mis des choses en place : « Déjà j'ai plus de cannette ni rien à trainer à la maison quoi ». Il en profite pour m'évoquer certains changements dans ses habitudes de vie : « Le fait de boire plus d'infusions à l'heure actuelle. Pour calmer les anxiétés tout ca. […] puis ça permet d'avoir un autre goût. Une sensation de satiété quoi »

Mr D, lui me parle essentiellement des suivis mis en place : « J'ai une adresse [CSAPA] pour l'instant et puis je vais continuer à voir mon médecin quand même pour continuer à avoir un suivi à l'extérieur. Parce que moi je pense que mon erreur c'est d'être sorti comme ça sans n'avoir rien prévu, avec du recul je pense que ça m'a manqué ».

Pour Mr B : « Il y a rien de mis en place, de toute façon je rentre tous les soirs. Mais ils sont au courant que je vois Dr E. [addictologue] toutes les semaines que je vois la croix d'or [association]. Et puis là je sais pas, peut être que je vais décider de rester un peu plus longtemps, je sais pas du tout, je suis en pleine interrogation. (…) C'est pas décidé encore, ça doit être réfléchi, faut que j'en ressente le besoin, faut que ça soit sécurisant, il y plein de choses derrière. Je vais peut être le faire pour moi, et peut être pour ma femme pour voir que je fais tout pour bien consolider les choses etcetera ». Le retour à domicile ne semble pas l'inquiéter : « Oui tout est préparé, tout est programmé ».

Mr G n'a, a priori, pas préparé le retour avec les professionnels du centre, mais de lui-même : « Vu que j'habite un peu loin d'ici, c'est pas facile, sinon je serais bien revenu en jour. De mon coté j'ai prévu de retourner au CMP parce que j'étais suivi au CMP avant. Avec un psychiatre, justement pour ma bipolarité et mes problèmes d'alcool (…) donc CMP, Apsyades et je connais quelqu'un qui est à l'association vie libre et que je peux appeler en cas de besoin ». Bien qu'il y ait encore des choses à faire : « Donc je vais reprendre contact avec eux pour des rendez-vous réguliers. J'ai le centre des Apsyades à St Nazaire, donc reprendre contact à St Nazaire aussi avec le médecin alcoologue ».

On remarque avec cette question que l'avancée dans la préparation au retour à domicile n'est pas forcément liée à une fin de séjour imminente, mais plus à l'implication de la personne dans ses projets lors du retour. Nous voyons aussi que certaines démarches sont mises en place par les sujets eux-mêmes. La question pour l'ergothérapeute est alors de cerner le moment propice du soin pour aborder le retour à domicile avec la personne. Il faut en effet être prêt à se projeter dans une démarche de sortie.

Question 8 : Pensez-vous qu'un accompagnement lors du retour à domicile vous faciliterait la transition du centre au domicile ?

Cette question permet de cerner la vision que peuvent avoir les personnes sur ce type d'accompagnement.

Comme évoqué précédemment, Mr R ressent le besoin d'un accompagnement professionnel : « Plus pour un suivi médical. Parce que comme je suis dépressif en plus ça arrange pas les choses (…) Tout ce qui est plus neuroleptiques, parce que moi j'ai les idées qui plombent tout le temps ». Mr R ne se sent pas en difficulté par rapport au quotidien, mais plus psychologiquement : « faut que je me prépare mentalement » et lorsque j'évoque une éventuelle aide pour cela, il ne se sent pas encore prêt : « Si, si mais il faudrait déjà que je prenne l'envie (…) Pour l'instant non, je n'ai pas envie »

Mr D pense lui aussi qu'un suivi lui serait favorable : « Je pense que ça serait utile oui, pour moi en tout cas. Pour pas être lâché dans la nature comme ça après trois mois de suivi, à être encadré, avec des gens compréhensifs, gentils avec tout le monde. C'est pas vraiment la réalité quoi (…) alors que là on a le planning, on suit le planning ».

Mr B insiste lui sur le fait de préserver les liens établis au sein du centre : « rester avec les mêmes interlocuteurs ça serait pas mal non plus. Moi je sais pas je vais voir avec Dr E qui connait un peu mon dossier si jamais j'ai besoin de revoir par exemple ma psychologue qui me suit ici, qui me connait par cœur. Mes motivations, mes défaillances, le pourquoi, le comment, qui connait bien ma vie. Pourquoi pas continuer avec elle ».

Mr G, lui évoque les préparations avant le retour : « Ici j'ai participé au GEAS [Gestion des Emotions et Affirmation de Soi, atelier encadré par les psychologues], et ça m'a énormément aidé pour l'affirmation de soi, savoir dire non, ça je ne savais pas faire […] savoir demander de l'aide aussi, je savais pas faire. J'étais prêt à aider tout le monde, tout ça, mais je sais pas demander pour moi. Donc le fait d'avoir fait les séances de GEAS ça m'a débloqué pas mal de chose. ça prépare pas mal pour l'extérieur ».

On remarque par cette question que les personnes interrogées n'envisagent pas toutes d'être accompagnées, pour certaines choses qui doivent selon elles être faites personnellement. Pour d'autres, un accompagnement pour diverses raisons serait le bienvenu. On remarque qu'un accompagnement ergothérapeutique n'est pas envisagé par ces personnes. Il sera donc primordial d'expliquer à la personne le bénéfice que peut lui apporter un tel suivi si le besoin s'en fait sentir.

Question 9 : D'après vous qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour vous aider à ce moment là?

Cette question clé montre que même si les personnes interrogées n'ont pas forcément d'idée d'accompagnement à mettre en place, il y a pour autant des aspects plus importants les concernant.

Par exemple pour Mr R : « Le fait de parler, c'est ça qui est important. Le fait d'arrêter de garder tout pour moi et de m'angoisser ». Mais il y a aussi d'autres soucis : « Bah j'ai eu mon problème avec mon permis, forcément. Là c'est les frais d'avocat surtout », ce qui entraine pour lui certaines difficultés financière. Et lorsqu'on évoque l'alcool à domicile, ça peut aussi être source d'anxiété : « Ah ouais, rien que le fait de voir ou l'odeur déjà ça peut être un élément perturbateur. Rien que le fait d'en avoir à la maison ça peut… pour l'instant, pour l'instant ça pourrait (…) c'est comme quelqu'un qui fume de la beuh et qui sent l'odeur voilà ». De plus quand je lui demande s'il aurait pu jeter cet alcool lui-même, il me répond : « Accompagné. Ouais pour l'instant ça aurait été accompagné »

Pour Mr D, le plus important est de pouvoir parler : « Surtout un suivi psychologique ça serait bien et puis voir comment j'évolue après en sortant. Ne pas être seul livré à moi-même. Savoir que si un jour il y a un coup de blues où je peux rechuter, je peux toujours passer un coup de téléphone et en parler ». La présence de professionnels est alors primordiale : « j'ai des amis à l'extérieur mais ils ont une vie de famille, ils ont d'autres préoccupations, alors que là ça serait des professionnels ». Il évoque aussi une aide pour les démarches administratives : « si je cale sur un formulaire que je comprends pas oui ça peut être bien d'avoir quelqu'un à coté ».

Mr B, lui me dit qu' « un accompagnement à domicile ça serait pas idiot ». Pour la recherche d'un emploi par exemple : « il va falloir que je me débrouille à faire des lettres de motivation et puis faire des CV. C'est l'informatique qui m'inquiète, c'est rédiger »

Pour Mr G, d'après des discussions qu'il a pu avoir avec d'autres personnes en soin : « ce qui serait pas mal c'est d'avoir quelqu'un de pôle emploi qui puisse venir de temps en temps à La Baronnais (…) quelqu'un de la sécu aussi ». Concernant des possibles visites à domicile, il estime que : « ça va pas être facile à mettre en place, mais ça serait une bonne idée (...) ne serait-ce que pour avoir un soutien ». Concernant les visites à domicile, il ajoute : « je vous disais GEAS ça m'a aidé déjà pour faire une demande en cas de besoin mais il y à des personnes qui n'ont pas encore ces facilités ». Il termine par évoquer l'idée que l'accompagnement : « permettrait de voir aussi au niveau des activités. Proposer des activités avec eux ça permettrait une certaine continuité (…) avant on finissait le boulot on allait boire, et là on va finir le boulot on va faire quoi ? »

On remarque avec cette question que l'accompagnement pour le retour à domicile doit être dans la continuité du soin afin d'assurer une bonne transition. C'est pourquoi sont cités des accompagnements pouvant se dérouler après le séjour mais aussi pendant. Ce qui ressort des entretiens est le besoin d'expression des sujets, le fait de se sentir soutenu psychologiquement. D'autres problématiques sont soulevées ici : les finances et les démarches administratives, la présence d'alcool à domicile, l'affirmation de soi et la poursuite des activités. Bien qu'un accompagnement ergothérapeutique ne soit pas évoqué en tant que tel, on remarque qu'il pourrait avoir son intérêt à divers niveaux.

Grâce au témoignage de ces personnes ayant vécu une situation de retour à domicile sans accompagnement, nous pouvons conclure que le retour au logement, aux environs, et auprès de l'entourage peut poser dans certains cas quelques difficultés. En premier lieu, l'isolement et le manque de soutien. Mais aussi le fait de retrouver des situations de vie difficiles. Nous pouvons dire que le maintien de l'abstinence est alors la conséquence de deux types de facteurs : personnels et environnementaux. Cela va demander l'implication de la personne dans son projet de vie. L'accompagnement de celle-ci dans son projet, doit alors préserver cette implication par le maintien de son autonomie.

Discussion

Validation de l'hypothèse ?

L'hypothèse avancée était : « Un accompagnement ergothérapeutique lors du retour à domicile d'une personne après un séjour en SSRA va favoriser le maintien de l'abstinence».

Les premières questions de l'entretien ont permis de démontrer que l'absence d'accompagnement lors du retour à domicile peut augmenter les risques de rechute dans le processus de changement. En effet, dans les témoignages, nous avons perçu qu'un retour à domicile sans accompagnement peut être dans certain cas synonyme de réapparition de situations difficiles. Situations qui vont avoir un impact à divers niveaux pouvant favoriser l'arrêt de l'abstinence pour faire face au mal être psychologique entrainé par les circonstances du retour.

Compétences ergothérapeutiques	**Exemples de moyen pour le Retour à Domicile (RAD)**
«identifier les besoins et les attentes au risque de handicap (…) dans son environnement »	S'entretenir avec la personne avant le RAD
« évaluer (…) les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes (…) et les habitudes de vie »	S'entretenir avec la personne avant le RAD, questionnaire sur les habitudes de vie.
« formuler des objectifs et identifier des activités significatives [et signifiantes], adaptés au projet de vie de la personne et au contexte »	Proposer à la personne d'écrire ses projets, ses objectifs et les difficultés envisagées lors du RAD
« concevoir des mises en situation écologique permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie »	Proposer des ateliers "vie quotidienne" selon les besoins: écriture d'un CV, gestion des documents administratifs (avec l'assistant social)…
« accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique »	Proposer des visites à domicile pour une évaluation des situations difficile dans le milieu écologique, mises en situation.
« communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne (…) dans l'expression des besoins de santé »	Faire savoir que l'on est disponible et à l'écoute en cas de besoin, même après le RAD.
« conseiller les aidants et les partenaires (…) afin de faciliter l'activité et la participation sociale [de la personne] »	Expliquer à l'entourage les interrogations autour de la maladie, du soin, du soutien qu'il peut apporter. Si possible avec d'autres professionnels.
« déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé »	Organiser en équipe, des informations sur les aides possibles lors du retour à domicile par des intervenants extérieurs (associations, pôle emploi…)

Puisque les problématiques rencontrées sont diverses, elles font appel aux compétences de diverses professions, d'où l'importance d'un accompagnement interdisciplinaire. Certains facteurs de risques peuvent être en partie évincés par une intervention ergothérapeutique

notamment. En effet, nous pouvons dire que l'ergothérapeute est légitime lors du retour à domicile de part ses compétences professionnelles.

Compte tenu des résultats de la recherche, nous pouvons affirmer que l'hypothèse est globalement validée, c'est-à-dire qu'un accompagnement ergothérapeutique lors du retour à domicile d'une personne après un séjour en SSRA va favoriser le maintien de l'abstinence. Cependant il est important de modérer ces propos. En effet, une telle affirmation ne fait certainement pas figure de généralité inconditionnelle, mais plutôt d'une tendance. Tout dépend comment l'accompagnement thérapeutique va être mis en place, comment la relation thérapeutique va se construire, comment la personne va adhérer aux propositions d'accompagnement. De plus, nous parlons de situations de vie, de contextes humains, rien ne peut donc assurer absolument le maintien de l'abstinence. Ajoutons à cela que l'analyse des données a été faite à partir des réponses de seulement 4 personnes ce qui ne permet pas de les généraliser à toute la population concernée.

Pour une approche plus sure de l'idée que peuvent se faire les personnes en soin d'un accompagnement lors du retour a domicile, voici quelques résultat à plus grande échelle. Depuis mai 2013, un questionnaire sur les habitudes de vie est distribué aux usagers du centre. J'ai eu le privilège de pouvoir participer à son élaboration lors de mon stage. Lors de leur distribution, une question leur est posée en vue d'une évolution des pratiques possible dans les prochaines années : « pensez vous que la mise en place d'une équipe mobile (professionnels de la Baronnais) pourrait vous être utile ? ». Les réponses sur 103 personnes interrogées ont été collectées (Annexe 5). Les résultats analysés par l'équipe d'ergothérapeute de la Baronnais nous indiquent que 78.64% des personnes en soin sont favorables à la mise en place d'une équipe mobile, afin d'assurer un accompagnement de divers professionnels lors du retour à domicile. On remarque, comme nous pouvions l'imaginer après les entretiens, que la raison la plus évoquée est le fait de garder un lien avec les professionnels du SSRA.

Exemple de prise en soin ergothérapeutique possible lors du retour à domicile

Nous avons vu que l'accompagnement pour le retour à domicile doit se faire en collaboration avec les autres professionnels. D'un point de vue ergothérapeutique, que pouvons nous apporter concrètement pour favoriser ce retour à domicile ? Voici quelques propositions rapides exposées chronologiquement dans un parcours de soin :

-Questionnaires des habitudes de vie : Ce questionnaire à pour but d'en apprendre plus sur les habitudes de vie de la personne afin de personnaliser son accompagnement. C'est aussi l'occasion pour la personne de cibler ce qui est important pour elle dans son quotidien. Il est important d'expliquer le but du questionnaire afin que la personne puisse s'y investir.

-Entretien pour le retour à domicile : Cet entretien qui peut avoir lieu lorsque la personne se sent prête à considérer le retour ou lorsque les premières sorties vont avoir lieu. Il consiste à cerner, d'après les habitudes de vie recensées dans le questionnaire, les difficultés pouvant être rencontrées lors du retour. Cela dans un but de proposer à la personne un accompagnement adapté à sa situation.

-Ateliers vie quotidienne : Selon les besoins, des ateliers peuvent être mis en place dans un but de mettre en situation les personnes dans des conditions qu'ils jugent difficiles pour eux dans la vie quotidienne. On peut alors imaginer l'organisation d'atelier cuisine, gestion des documents administratifs, gestion du linge…

-Ateliers recherche d'activité : Cet atelier aurait pour but d'accompagner la personne pour organiser ses activités professionnelles ou de loisir futures. Cela peut impliquer la rédaction de CV, lettres de motivation, inscription à une association, un club de sport, auto-école…

-Visite à domicile : Avant ou après le retour définitif selon les besoins, les demandes, l'ergothérapeute peut accompagner la personne à domicile pour vider le logement des boissons alcoolisées, aménager des espaces de rangement pour une meilleur gestion de tout ce qui est administratif, planning... Cela peut aussi être l'occasion de réaliser des mises en situation en milieu écologique au sein du logement ou dans les environs (faire des courses, demander des renseignements…). De plus, il est possible de rencontrer lors de ces visites l'entourage de la personne. Cette rencontre peut être le lieu d'échanges autour de problématiques familiales pouvant être résolues par une organisation différente, ou par des informations sur les accompagnements existants.

-L'ergothérapeute en équipe : Associé avec d'autre professionnels, l'ergothérapeute peut encadrer des groupe de paroles (en lien avec le retour à domicile par exemple). Il peut également organiser l'intervention de partenaires extérieurs (associations d'aide aux personnes addictes, pôle emploi…).

Assurer un retour à domicile dans les meilleures conditions implique une intervention ergothérapeutique. Encore faut-il que la personne comprenne de quoi retourne cette intervention, les bénéfices qu'elle peut en tirer, pour un investissement optimal dans son projet de vie. L'adhésion de la personne va en partie dépendre de la relation de confiance instaurée avec l'ergothérapeute. Si cette dernière n'est pas suffisamment solide, cela risque de mettre en échec l'accompagnement. En effet, assurer un suivi lors du retour à domicile oblige à un partage sur le projet de vie de la personne, sur ses habitudes de vie, et donc sur son intimité.

Conclusion

Il y a 1 an que cet écrit est engagé. L'idée était au début de définir le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes alcoolo-dépendantes lors du retour à domicile. Le sujet a été davantage ciblé sur la sortie des SSRA.

Personnellement, cet écrit m'a fait avancer sur les pistes de réflexion que j'ai pu avoir lors du stage effectué en début de deuxième année de formation en ergothérapie. J'ai approfondi mes connaissances sur l'addiction à l'alcool, ses mécanismes et les problématiques qui lui sont propres. J'ai aussi pu expérimenter l'exercice de recueil de données et d'analyse. Ce qui me donne les premières bases nécessaires au travail de recherche.

Les pratiques professionnelles, notamment en ergothérapie sont en constante évolution dans un objectif d'amélioration des services proposés. Cette démarche qualité appuyée sur la recherche et sur la remise en question régulière du savoir faire et du savoir être est le moteur qui permet petit à petit de rendre le système de soin plus efficient.

Cet écrit étudiant, à une échelle bien plus modeste, suscitera je l'espère quelques questionnements sur les pratiques. Bien que les SSRA proposent déjà un panel de thérapies et d'accompagnements aux personnes addictes, nous avons vu que des améliorations sont possibles concernant le retour à domicile. Les ergothérapeutes ont une place légitime dans ce qui peut être mis en place à ce moment du soin coïncidant avec un bouleversement des habitudes de vie.

Bien des composantes du sujet n'ont pas été abordées. Ce qui interroge dorénavant après ce qui a déjà été avancé, est l'établissement de la relation de confiance avec la personne accompagnée.

Comment faire pour instaurer cette relation de confiance sur laquelle repose l'accompagnement ergothérapeutique lors du retour à domicile ?

Bibliographie

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et du produit de soin. (mars 2014). *Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du baclofène dans le traitement de l'alcoolo-dépendance.*

ANAES. (2004). *Les Soins de suite et de réadaptation.*

ANAES. (1999). *Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant.* Paris.

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. (2008). *ALCOOL,TABAC,CANNABIS, MÉDICAMENTS AU TRAVAIL….*

Aubin, P. H.-J. (s.d.). De l'alcoolisme au trouble lié à l'utilisation de l'alcool. *Cheminement du DSM et de la classification internationale de la maladie* . Université Paris-Sud 11, France.

BAILLY, A. (2000). *Le grand Bailly dictionnaire grec-français.* Hachette Education.

Dortier, J. F. (2004). *Dictionnaire des Sciences Humaines.* Auxerre: Edition Sciences Humaines.

Équipe Classification, Évaluation, Enquêtes et Terminologie de l'Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé-Projet final.* Genève .

FESTY, P., & VALETAS, M.-F. (1988). Le divorce en plus: ruptures et continuités. *Société Française* , 20-24.

Goodman, A. (1990). Addiction: définition and implications. *British Journal of Addiction* , 1403-1408.

Hasin, D. S., & Grant, B. F. (septembre 2004). The Co-occurrence of DSM-IV Alcohol Abuse in DSM-IV Alcohol Dependence. *Archives of General Psychiatry* , 891-896.

Haute Autorité de Santé . (1999). *Conférence de Consensus: Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant.* Paris.

Haute Autorité de Santé. (2001). *Conférence de consensus: Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage.* Paris.

HEINZ, A., BECK, A., GRÜSSER, S., GRACE, A., & WRASE, J. (2009, vol. 14, no1). Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability. *Addiction biology* , pp. 108-118.

LEJOYEUX, M., & ADES, J. (1996). *Les conduites alcooliques et leur traitement.* Doin Editeurs.

Ministère de la santé. (2008). *Circulaire DHOS/O1 no 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets no 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.*

Ministère de la santé. (2008). *CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soin en addictologie.* Paris.

Ministère de la Santé. (2008). *Décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.*

Ministère de la santé et des sports . (2009). *Synthèse du Plan de prise en charge et de prévention des addictions.*

Ministère de la santé et des sports. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute.*

Ministère de la Santé. (2013). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DU TRAVAIL. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute .*

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholim. (novembre 2013). *Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM–IV and DSM–5.* Etat-Unis.

Organisation mondiale de la santé. (s.d.). *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives*. Récupéré sur Site de L'Organisation Monidale de la Santé.

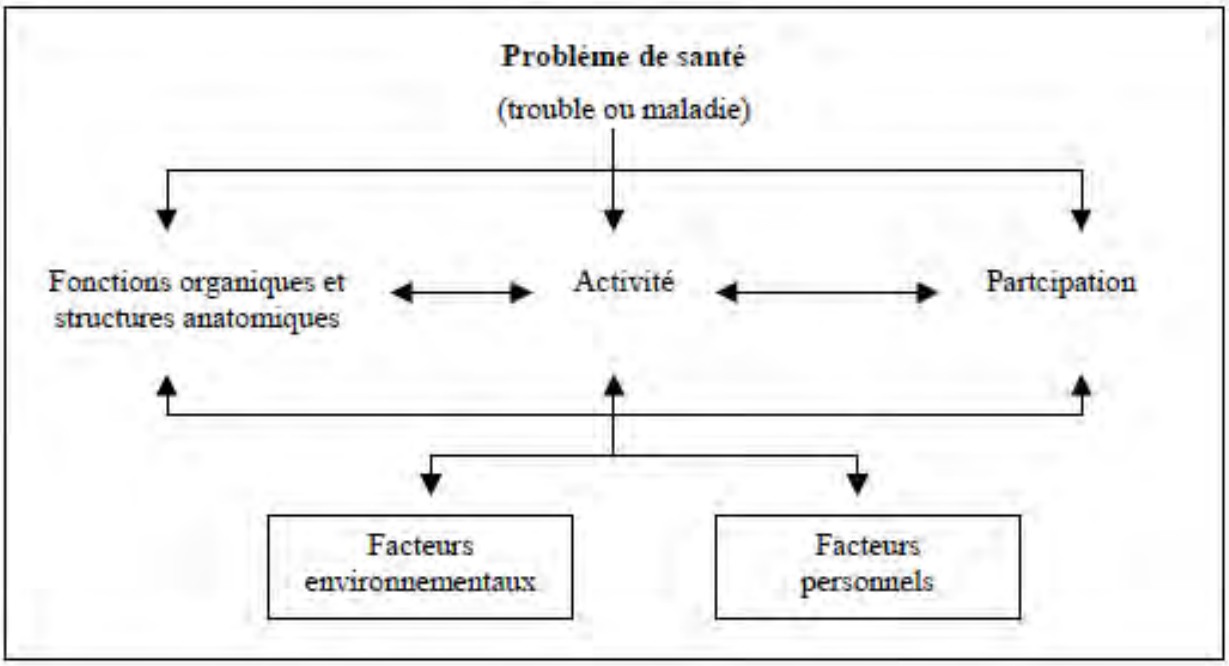
Postel, J. (2003). *Dictionnaire de la Psychiatrie.* larousse.

Rueff, B. (1996). *LES MALADES DE L'ALCOOL. Guide pratique, Alcoolisation à problèmes et alcoolodépendance.* John Libbey Eurotext.

VAN DAMME, P. (2006, février). DÉPRESSION ET ADDICTION. *Gestalt* , pp. 121-135.

Vénisse, J.-L. (2010, mars). L'addiction… D'abord un manque à être. *Diversité* , pp. 83-87.

Annexe 1 : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap, et de la santé.



Annexe 2 : Critères DSM-IV

Ce système part du principe que si 3 des 7 critères sont validés, la personne est en situation de dépendance vis-à-vis d'un produit.

Critères DSM-IV			
1	Dimension physique	signe de tolérance	Besoin d'augmenter les quantités consommées pour retrouver l'effet recherché
			effet diminué du produit pour une consommation équivalente
2		signe de sevrage	existence d'un syndrome de sevrage
			prise du produit pour diminuer les effets du sevrage
3	Dimension comportementale	Consommation	Consommation plus importante qu'envisagée, ou sur un temps plus long
4		Désir	Désir persistant de consommation ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler la consommation
5		Temps	Temps considérable consacré a la consommation (recherche, consommation) ou a se remettre de ses effets
6		Activités	Activités sociales, loisirs abandonnés ou diminués au profit de la consommation
7		Connaissance	Conséquences de la consommation massive connue sans changement des habitudes.

Pour prendre l'exemple de la consommation d'alcool, une étude de 2004 menée aux Etats Unis[2] a démontré que 33.7% des personnes dépendantes n'ont pas eu d'usage abusif précédant la dépendance, cela concernerait 29% des hommes et 46.1% des femmes. Cela nous montre que même la dépendance ne fait pas systématiquement suite à une consommation abusive, un comportement d'excès vis-à-vis d'une substance doit mettre en garde concernant de possibles problèmes d'addiction au produit.

[2] Hasin, D. S., & Grant, B. F. (septembre 2004). The Co-occurrence of DSM-IV Alcohol Abuse in DSM-IV Alcohol Dependence. *Archives of General Psychiatry* , 891-896.

Annexe 3 : Critère DSM-V

Degrés de dépendance selon le DSM-V :

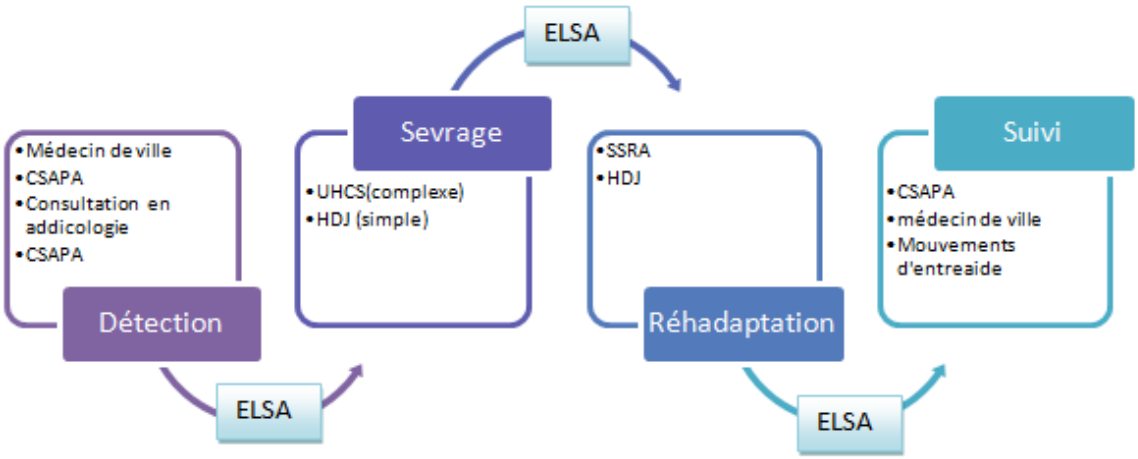
-trouble de la consommation léger : présence de 2 à 3 critères

-trouble de la consommation modéré : présence de 4 à 5 critères

-trouble de la consommation sévère : Présence de plus de 6 critères

Critères DSM-V				
1	Dimension physique	Identique aux critères dépendance DSM-IV	signe de tolérance	Besoin d'augmenter les quantités pour retrouver l'effet recherché
				effet diminué du produit pour une consommation équivalente
2			signe de sevrage	existence d'un syndrome de sevrage
				consommation pour diminuer les effets du sevrage
3	Dimension comportementale		Consommation	Consommation plus importante qu'envisagée, ou sur un temps plus long
4			Désir	Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler la consommation
5			Temps	Temps considérable consacré au produit (recherche, consommation) ou à se remettre de ses effets
6			Activités	sociales, loisirs abandonnées ou diminuées au profit de la consommation
7			Connaissance	Conséquences de la consommation massive connues sans changement des habitudes
8		Identique aux critères usage abusif DSM-IV	Répercussions	Répercussions négatives et conséquentes sur les rôles sociaux, familiaux et professionnels
9			Prises de risque	Prises de risques récurrentes et dangereuses sous emprise du produit
10			persistance	Persistance de la consommation en dépit des conséquences néfastes au niveau social et interpersonnel
11		Nouveauté DSM-V	Craving	Besoin impérieux de consommer, pulsion

Annexe 4 : Réseau addictologie



Annexe 5 : Entretiens

Mr R

Je vais vous poser quelques questions sur votre parcours de vie. Ça fait combien de temps que vous êtes à la baronnais ?

Là ça va faire un mois, je suis déjà venu en 2007, 3 mois et 1 mois à l'hôpital de jour.

Donc vous avez déjà vécu un retour à domicile après la post cure.

Ouais.

Est-ce que vous avez été accompagné pour le retour à domicile à ce moment là ?

Non, pas trop et c'est mal tombé en plus parce que j'ai eu le décès de ma mère en même temps alors.

Le retour a été un peu difficile du coup.

Ouais en plus.

Comment c'est passé le retour dans votre logement ?

Le truc c'est qu'on est cocooné un peu. Il faut se préparer mentalement.

C'est quelque chose à faire personnellement ?

Ah ba oui.

D'accord, le fait de retrouver son habitat, c'est plutôt dur ?

Ça a tendance à être dur parce qu'on peut être tenté quand même. Toute façon il peut toujours y avoir une rechute.

La tentation est plus forte chez vous ?

Ca dépend des moments, moi je suis quelqu'un d'anxieux alors quand j'ai mes angoisses qui montent…

Le fait de revenir dans votre village votre quartier, ça c'est passé comment ?

Ah ça c'est bien passé ouais, je suis pêcheur d'eau douce, il y a des marais alors moi je m'évadais plus dans la nature.

D'accord ça vous a permis de retrouver ce contact.

Et le retour auprès de votre entourage ça c'est passé comment ?

Au retour j'arrivais plus à parler en fait. Que là en ce moment c'est plutôt le contraire.

Ah oui ?

Ouais je me renferme sur moi-même.

Votre entourage est plutôt soutenant avec vous ?

Et bien j'ai que ma demi-sœur désormais et puis un peu mon père quoi. Et j'ai quelques amis quand même mais j'ai pas grand monde derrière. J'aime pas en parler.

Les autres ne sont pas au courant ?

Il y en a qui ne sont pas au courant non.

Vous vous sentez jugé par rapport à ça.

Non plus maintenant avec les gens qui savent.

D'accord. Si vous êtes là aujourd'hui c'est qu'il y a eu une rechute, vous pensez que ça peut être lié à votre environnement ?

Non, c'est plus chez moi un coté familial. J'ai un petit souci a l'heure actuelle c'est que je vois mon gars que 2h tout les 15 jours, 3 semaines. D'un coté je ne me sens plus le rôle du père, ce qui est un peu un élément perturbateur a l'heure actuelle.

D'accord, le fais d'être chez vous sans votre fils…

C'est quelque chose de pas évident, ouais.

Vous pensez que c'est une des circonstances de votre rechute ?

Ouais, il y a des circonstances à ce niveau là ouais.

Est-ce que vous avez commencé à préparer des choses ici pour votre retour à domicile ?

Déjà j'ai plus de cannette ni rien à trainer a la maison quoi.

Quelqu'un c'est occupé de ça ?

Ouais c'est ma demi-sœur.

D'accord, il y a autre choses ?

Le fait de boire plus d'infusions a l'heure actuelle. Pour calmer les anxiétés tout ca.

Ah oui ? Vous sentez que ça vous aide ?

Ouais et puis ça permet d'avoir un autre gout. Une sensation de satiété quoi.

Vous avez abordé le retour à domicile avec les professionnels d'ici ?

Non pour l'instant non.

Est-ce que vous pensez qu'un accompagnement entre cet endroit, ou l'on est cocooné comme vous l'avez dit, et l'extérieur ça pourrait vous aider ?

Plus pour un suivi médical. Parce que comme je suis dépressif en plus ça arrange pas les choses.

Vous pensez que c'est en lien ?

Ouais a ce niveau la c'est aussi un problème.

Qu'est-ce que vous entendez par un suivi médical ?

Tous ce qui est plus neuroleptiques, parce que moi j'ai les idées qui plombent tout le temps. Ce que j'ai à l'heure actuelle c'est vraiment un traitement de fond assez lourd quand même.

Vous n'avez pas spécialement besoin d'accompagnement pour la vie quotidienne, l'administratif ?

Non faut que je me prépare mentalement.

Vous pensez que vous pourriez être aidé pour ça ?

Si, si mais il faudrait déjà que je prenne l'envie.

Pour l'instant ce n'est pas le cas.

Pour l'instant non, je n'ai pas envie. Après ça peut être bien d'être accompagné parfois, pour les taches administratives par exemple parce que les lois changent tout le temps aussi. (Rire)

A votre avis, si vous avez des idées la dessus. Qu'est-ce qui pourrait vous aider à passer d'ici au domicile de la part des professionnels d'ici, ou pourquoi pas des associations ?

Le fait de parler, c'est ça qui est important. Le fait d'arrêter de garder tout pour moi et de m'angoisser.

C'est quelque chose que vous arrivez à faire ici ?

Ouais ça commence à sortir.

Vous pensez que ça serait bien de pouvoir continuer à parler comme ça une fois en dehors ?

Ouais c'est pour ça que je fais parti des AA [Alcooliques Anonymes].

Vous avez commencé…

Ah j'y étais déjà avant d'arriver ici. Ça fait du bien. Ça permet d'avoir quelqu'un de neutre, sans avoir d'aprioris derrière.

D'accord donc au retour ce qui est important pour vous, c'est de pouvoir parler. C'est qu'il y a d'autres choses qui peuvent vous paraitre difficiles ?

Ba j'ai eu mon problème avec mon permis, forcément.

C'est une démarche à faire.

La c'est les frais d'avocat surtout.

D'accord, au niveau financier c'est…

Ca bloque un peu ouais.

Ca serait plus un accompagnement avec l'assistant social ?

Ouais c'est ça ouais. Ça pourrait m'aider déjà à l'heure actuelle.

Donc vous m'avez dit que votre demi–sœur avait enlevé les canettes chez vous ?

Ouais

Vous pensez que faire le ménage comme ça…

Ah ouais, rien que le fait de voir ou l'odeur déjà ça peut être un élément perturbateur. Rien que le fait d'en avoir a la maison ça peut… pour l'instant, pour l'instant ça pourrait…

Etre un élément déclencheur ?

Pas vraiment déclencheur mais c'est comme quelqu'un qui fume de la beuh et qui sent l'odeur voilà.

D'accord, et si votre demi sœur n'avais pas fait ça vous l'auriez fait vous-même ?

Accompagné. Ouais pour l'instant ça aurait été accompagné.

C’est vrai qu’on y pense pas forcément mais c’est vrai que retourner dans un endroit ou il y a de l’alcool, ou on à nos habitudes autour de ça, ce n’est pas des conditions idéales.

Ouais, c’est comme une drogue en fait, de toute façon c’est clair. C’est même pire, plus dur qu’une drogue.

Ah oui ?

Moi je suis passé sur… avant a la première cure je fumais, tout ca. Voilà j’ai pu réussir à m’en passer. Mais l’alcool c’est différent ça détruit plus.

Ca détruit plus ?

Ah ouais je trouve largement que ça détruit plus, physiquement mentalement et dans tout ce qui est amis, famille. Pour moi je le case dans une drogue dure.

Pour vous c’est ce qui a eu le plus d’impact au niveau du quotidien ?

Ah ouais, ouais.

Mr D

Je vais vous poser quelques questions sur votre parcours de vie, vous êtes à la Baronnais depuis combien de temps ?

Ca va faire un mois, mais j’y suis déjà venu.

D’accord, et vous y restez combien de temps ?

Trois mois.

Et le dernier mois vous rentrez quelques fois chez vous c’est ça ?

Et bien là ça commence déjà les week-ends.

D’accord, vous m’avez dit que vous aviez déjà rencontré une situation de retour à domicile après un séjour en post-cure?

Oui un séjour ici, à la baronnais.

Est-ce que vous avez été accompagné pour ce retour à domicile ?

Non, je n’ai eu aucun accompagnement, c’est peut être pour ça que je suis revenu. (Sourire)

Est-ce que vous pouvez me dire comment s’est passé le retour à domicile dans votre logement ?

A l'époque, quand je suis rentré, j'habitais à St P., à la campagne avec ma compagne, et puis je n'avais pas trop de soutien, j'étais isolé quoi, j'étais en manque, je suis resté a peu près un mois abstinent.

D'accord, et comment c'est passé le retour dans votre logement ? Plutôt positivement ou négativement ?

Du coup, pas spécialement positif non.

Et le fait de revenir dans votre village ?

Après trois mois passé ici avec pas mal de gens, on se sent isolé, les weekends c'est assez mortel. C'est vraiment un lieu-dit, il n'y a qu'une maison alors… Disons que la journée ça allait puisque je travaillais mais c'est plus le soir, je me retrouvais avec mon ex femme avec qui je ne m'entendais pas spécialement donc ce n'était pas toujours facile.

En dehors de votre ex femme, comment se sont passé les retrouvailles avec votre entourage ?

J'ai retrouvé mes amis et des anciennes connaissances qui m'ont fait leurs félicitations.

C'est un soutien pour vous ?

Oui mes amis et la famille du coté de ma mère, mais ils ne sont pas de la région, je ne les voyais pas souvent.

Est-ce que vous pensez que votre environnement a pu avoir un impact sur votre rechute ?

Non parce que je ms sui séparé peu de temps après la post cure et que je n'ai pas rechuté tout de suite, c'est venu beaucoup plus tard.

D'accord, est ce que vous avez commencé un accompagnement ici pour le retour à domicile ?

J'ai une adresse pour l'instant et puis je vais continuer à voir mon médecin quand même pour continuer à avoir un suivi à l'extérieur. Parce que moi je pense que mon erreur c'est d'être sorti comme ça sans n'avoir rien prévu, avec du recule je pense que ça m'a manqué.

C'est l'adresse d'une association ?

Non ça fait parti des apsyades mais je sais plus trop ce que c'est. C'est beaucoup de psychologues je crois.

Vous m'avez qui que je suivi est important pour vous, qu'est-ce que vous pensé d'un possible accompagnement de la part des professionnels de la baronnais ?

Je pense que ça serait utile oui, pour moi en tout cas. Pour pas être lâché dans la nature comme ça après trois mois de suivis, à être encadré, avec des gens compréhensifs, gentils avec tout le monde. C'est pas vraiment la réalité quoi.

Pour vous la réalité en dehors c'est…

Ah c'est plus dur, il faut se donner à 100% voir plus de 100%, alors que la on a le planning, on suit le planning.

D'accord, une dernière question, d'après vous comment l'accompagnement vers l'extérieur pourrait vous aider ? Qu'est-ce qui pourrait être mis en place ?

Surtout un suivi psychologique ça serait bien et puis voir comment j'évolue après en sortant. Ne pas être seul livré à moi-même. Savoir que si un jour il y a un coup de blues où je peux rechuter, je peux toujours passer un coup de téléphone et en parler.

C'est difficile pour vous de trouver des gens à qui en parler

Oui, j'ai des amis à l'extérieur mais ils ont une vie de famille, ils ont d'autres préoccupations, alors que là ça serait des professionnels.

Vous pensez à autre chose qui pourrait vous aider pour le retour à domicile ?

En sortant j'ai des projets je dois changer mon installation électrique donc il y a pas mal d'administratif à faire, des dossiers, tout ca, des demandes au conseils général pour voir si c'est accepté ou pas.

C'est quelque chose qui peut vous angoisser ces documents administratifs ?

Angoissé ? Ce n'est pas angoissé, c'est énervé. (Rires) Il faut du temps à passer, d'attente…

Vous pourriez avoir besoin d'aide pour ces papiers ?

Oui possible si je cale sur un formulaire que je comprends pas oui ça peut être bien d'avoir quelqu'un à coté. Je peux voir, je peux passer par pôle emploi pour tout ce qui en administratif avec mon conseillé.

Vous trouvez facilement des solutions par vous-même.

Oui, il faut d'abord essayer de trouver par soi-même et puis on se renseigne s'il n'y a pas de moyens. Mais quand il y a besoin de professionnels il faut des professionnels, mais c'est plus pour le mental, des psychologues, que pour la vie de tout les jours.

Mr B

Je vais vous poser des questions sur votre parcours de vie. Vous êtes à la baronnais depuis combien de temps ?

Deux mois et demi.

C'est bientôt la fin alors.

Oui c'est ça, c'est trois mois en tout.

Est-ce que vous avez déjà vécu des situations de retour à domicile après être passé en post cure ?

Non parce qu'en fin de compte je suis venu moi, il y a un an, pour faire une cure ici. Et je suis resté 8 jours il me semble pour une bonne raison c'est qu'en fin de compte j'ai déclaré une maladie rare. J'ai été hospitalisé d'urgence du coup, à l'hôpital. Et on m'a décelé une maladie que je connaissais pas, une maladie auto-immune, donc j'ai attrapé la maladie de Wegener. Une maladie qui est assez con parce que j'ai gagné au loto c'est un pour un million. C'est une maladie qui attaque les vaisseaux et les organes vitaux. Donc les reins ont été touchés etcetera et j'ai fait une récidive il y a 6 mois. C'est remis en place. Je suis sous cortisone de puis maintenant deux ans à peu près. Là les reins ont l'air d'aller un peu mieux. La on va me changer les médicaments donc je devrais arrêter la cortisone et remplacer par du methotrexate, un médicament spécialisé.

Et vous êtes retourné chez vous après ?

Ah oui je suis rentré chez moi après, je suis pas revenu à la Baronnais. Et là en fin de compte je suis à la baronnais depuis 2 mois et demi. J'ai essayé de refaire la baronnais. Comme j'avais des problèmes avec l'alcool aussi, parce que ça m'a foutu un choc, façon de parler, j'ai été suivi pas le Dr E des apsyades. Un addictologue que je voyais tous les mercredis. Alors ça fonctionnait, des fois ça fonctionnait pas, des fois ça fonctionnait. Et là comme ça été un peu plus loin, j'ai décidé de revenir a la baronnais. Ils ont accepté que je revienne et ça se passe bien, ça fait deux mois et demi que je suis ici. Je suis en hôpital de jour par contre, je viens le matin, je repars le soir, j'ai mes samedi et dimanche, ça me conviens tout à fait.

Du coup je suppose que vous n'avez pas été accompagné pour votre premier retour à domicile.

J'ai été un moment en abstinence ça se passait bien et puis manque de pot, la déprime c'est accéléré, j'ai fait une dépression. Et puis après j'ai remis le nez dedans voilà. J'ai rechuté quoi, voilà. Moi j'ai été 20 ans abstinent monsieur, j'ai été suivi à 22 ans, 23 ans par le Dr R qui faisait parti des apsyades mais j'étais jamais venu à la baronnais. C'est lui qui s'occupait de moi toutes les semaines, et je suis arrivé à m'en sortir et je suis resté 22 ans, 23 ans abstinent sans faire de cure.

D'accord, est-ce que le fait que revenir chez vous, dans votre logement, après la cure à été difficile par rapport à l'alcool ?

Non parce que chez moi j'ai pas d'alcool ça c'est claire. C'est plus éviter d'avoir la tentation de se dire je vais aller en acheter. Parce que moi je suis quelqu'un qui boit malheureusement seul, je suis pas quelqu'un qui va faire les bars. Moi je suis suivi aussi pas la croix d'or, par un monsieur qui vient me voir toutes les semaines. Donc tout est préparé, moi le monsieur de la croix d'or je le vois toutes les semaines voilà et ensuite je vois Mme E. [addictologue] des apsyades tous les mercredis.

Tout ça sera en place pour votre retour ?

Oui tout est préparé, tout est programmé.

Est-ce que vous pensez que votre village ou votre quartier peut avoir une influence sur voter consommation ?

Ah non pas du tout, je suis dans un quartier très bien à …, ça se passe très bien et en aucuns cas c'est les entourages qui me font boire ou etcetera.

En parlant de votre entourage justement, c'est plutôt un soutien pour vous ?

Ah un soutien oui, j'ai faillit perdre ma femme un moment donné parce que ma femme en a eu marre un moment donc j'ai décidé de me faire soigner. Et donc ça vient petit à petit, c'est pas gagner il faut le dire. C'est fragile, il faut savoir que de toute façon quoi qu'il arrive quand on a commencé à boire on est toujours alcoolique. Ça c'est une certitude la preuve c'est que 23 ans après je replonge donc ça veut dire que c'est toujours la même chose, c'est comme la cigarette. Donc maintenant ma femmes est toujours là, elle me soutien elle a encore espoir que tout peut s'arranger. C'est un soutien, si j'avais pas ma femme demain ça serait une catastrophe. J'ai mes enfants, ma fille, ils sont au courant. Ils ont 13 et 16 ans, vous savez ils ne sont pas idiots, ils ont percutés.

Donc votre entourage est un soutien, vous m'avez parlé de moment de déprime, ça serait plus ces moments qui posent problème ?

Ouais des moments de déprimes, d'angoisse. Vous savez monsieur, moi j'ai été 23 ans abstinent grâce à ça j'ai repris mes études j'avais 30 ans j'avais que le certificat d'étude, j'ai pas honte de le dire. J'ai fait des écoles de commerce. Un BTS technico-commercial que j'ai fait en un an au lieu de la faire en 3 ans. Ensuite j'ai refais un BT, un Bac technique dans l'automobile parce qu'on m'a dit que j'étais fait pour l'automobile, moi qui suis pas passionné automobile je sais pas pourquoi enfin je me suis retrouvé plus ou moins baigné dans le monde de l'automobile. Et ensuite j'ai fait des stages en entreprise et j'ai fait une des plus belles carrières de ma vie dans l'automobile parce que j'ai été master pendant 7 ans, j'ai fais une carrière exceptionnelle tout m'a réussi. J'ai fais le tour du monde et puis voilà, j'avais tout pour être bien. Et malheureusement tout est arrivé c'est qu'un moment donné ils ont voulu changer mon contrat de travail, j'ai pas été d'accord. J'ai été licencié, ça été un harcèlement pendant un an et demi pour que je signe le nouveau contrat. Parce que je gagnais beaucoup trop d'argent, je gagnais très très bien ma vie. Je gagnais parfois plus que mon directeur, et puis voilà on voulait diviser mon salaire par deux et j'étais pas d'accord. C'était la débandade, j'ai été licencié, ça été un choc énorme, je m'étais beaucoup investi dans l'entreprise, je l'ai très très mal pris, et puis là j'ai commencé à déprimer et c'est de là que j'ai recommencé à boire. Voilà l'histoire, c'est comme ça que ça s'est passé.

De quoi avez-vous bénéficié ici pour le retour à domicile ?

Il y a rien de mis en place, de toute façon je rentre tous les soirs. Mais ils sont au courant que je vois Dr E. toutes les semaines que je vois la croix d'or. Et puis la je ne sais pas, peu être que j'ai décidé de rester un peu plus longtemps, je sais pas du tout, je suis en pleine interrogation. Pourquoi pas venir 2 jours par semaine et puis dire voilà je viens le mardi, le mercredi j'ai le Dr E, et je viens le jeudi et ça me fait 3 jours en fin de compte de suivi. Apres le vendredi je suis à la maison, le samedi et le dimanche. Voyez ce que je veux dire. Je vais peut être partir petit à petit je sais pas encore. C'est pas décider encore, ça doit être réfléchi, faut que j'en ressente le besoin, faut que ça soit sécurisant, il y a plein de choses derrière. Je vais peut être le faire pour moi, et peut être pour ma femme pour voir sue je fais tout pour bien consolider les choses etcetera.

C'est important pour vous ces preuves d'implications ?

Ben c'est normal de toute façon monsieur, c'est clair que j'ai une maladie. L'alcool peut pas durer non plus parce que c'est dur à soigner. On doit me mettre sur un nouveau médicament mais il faut que le foie soit redevenu comme il faut. Donc j'ai pas le choix non plus, ça fait un

an et demi deus ans que ça dure ou le professeur ne sais plus quoi faire donc si il veut bien me soigner, mettre en place les médicaments pour me soigner il faut que moi aussi en face ça aille mieux, il faut être honnête. Moi en plus j'ai pas de problème d'argent, je suis propriétaire, la maison est payé. La je suis en invalidité, ça m'a fait un choc ça aussi parce que j'étais en arrêt maladie donc j'ai eu mon salaire maintenu pendant deux ans, j'étais pas malheureux. On m'a mis en invalidité au mois de novembre, ça m'a foutu une claque parce que moi invalidité ça veut dire « ça y est je suis foutu je vais plus rien faire ». On m'a fait comprendre que c'étais pas ça du tout que c'est pour me protéger socialement puisqu'en fin de compte je touchais beaucoup moins en maladie. On m'a dit que comme je cotisais beaucoup pendant des années, j'allais avoir une bonne pension d'invalidité ce qui est vrai, et ça va durer suivant l'évolution de ma maladie. Au niveau pécunier il n'y a pas de stresse. Mais là ou il y a plus de stresse c'est que voilà, j'ai été absent 3 ans du marché du travail, est-ce que je retourne dans l'automobile ou pas ? Est-ce que c'est bon est-ce que c'est pas bon ? Il y a plein d'interrogations qui arrivent parce qu'en septembre j'ai envie de recommencer a chercher du travail tout en ayant ma pension d'invalidité parce que j'ai le droit de la garder, je l'ai apprit ici. Donc j'ai une somme a ne pas dépasser pendant le trimestre. J'ai le droit de toucher même le chomage et ma pension d'invalidité. Même la je serais pas malheureux, je gagnerai autant que si j'allais vendre des voitures, voyez e que je veux dire. Mais comme j'ai pas un tempérament à être profiteur de la société, à rien faire, je sais pertinemment que si je me remets dans le rail du travail ça ira beaucoup mieux et c'est vrai que l'alcool sera complètement oublié et je repartirais de plus belle dans le businesse.

Le travail c'est important pour vous.

Ah oui, je suis un homme de communication, après quoi faire, vendre quoi, je sais pas, où aller ? Il y a un petit peu la mayonnaise. Comme je suis pas doué en informatique c'est vrai que c'est ma bête noire mais bon faut pas que ce soit une excuse pour pas s'en sortir, il faut affronter.

D'accord, je vais vous poser une dernière question, est ce que vous pensez qu'il y a des choses qui peuvent être mis en place quand on sort de post-cure de la part de l'établissement pour accompagner le retour à domicile ?

Un accompagnement à domicile ça serait pas idiot. Je sais pas après comme ça peut se faire, c'est une question de cout. Mais rester avec les mêmes interlocuteurs ça serait pas mal non plus. Moi je sais pas je vais voir avec Dr E qui connait un peu mon dossier si jamais j'ai besoin de revoir par exemple ma psychologue qui me suit ici, qui me connait par cœur. Mes motivations, mes défaillances, le pourquoi, le comment, qui connait bien ma vie.

Pourquoi pas continuer avec elle. Tout ca, ça dépend s'il y a un cout, s'il y a un cout trop onéreux… C'est l'argent, toujours le problème de l'argent.

Vous m'avez parlé de 2 soutiens à l'extérieur, l'association la croit d'or et votre médecin addictologue, ce sont des repères aussi.

Oui et puis après c'est retrouver un peu les relations que j'avais, que j'ai perdu. Il y a aussi des gens qui m'ont un peu tourné le dos pas tourné le dos mais qui ont pris du recule. Maintenant je verrais avec le temps, si ça revient, ça revient, si ça revient pas et bien tant pis. Ça permet peut être de faire le tri aussi.

A votre avis ce recule c'est du aux problèmes d'alcool ?

Oui tout a fait. Les problèmes d'alcool et peut être aussi mon statut vous savez, j'avais une grande réputation sur la place de Nantes. J'étais encré dans le monde du football parce que j'étais sponsor, en professionnel et amateur. C'est vrai que c'était facile de m'appeler de dire « voilà, est-ce que tu peux pas nous avoir des places pour aller au stade ». Et puis je rendais service pour des voitures a des gens, ça faisait plaisir, ils avaient des voitures a pas cher. C'est vrai que j'avais l'opportunité d'acheter des voitures à moindre prix. J'ai passé ma vie à faire plaisir aux gens. Mais je m'aperçois que ce réseau il dure parfois lorsque vous êtes bien ou que vous avez le statut. Et quand un moment donné c'est plus ça alors comme par hasard, il y a des gens qui vous échappent. C'est le mécanisme de la société d'aujourd'hui.

Vous m'avez dit que vous allez chercher un emploi, vous faites ça seul ?

Je vais aller voir pole emploi déjà, je vais voir comment ça fonctionne parce qu'apparemment c'est pas trop ça. (Rire) Et puis il va falloir que je me débrouille a faire des lettres de motivation et puis faire des Cv. C'est l'informatique qui m'inquiète, c'est rédiger. Je me demande si je vais pas trouver quelqu'un, une collègue à moi qui a travaillé 20 ans avec moi, qui est partie ailleurs. Elle est prête à me donner une formation chez elle pour l'informatique pour rédiger, créer un CV, apprendre les basiques quoi.

Vous arriver a trouvé des ressources par vous-même.

De toute façon monsieur si il n'y a pas d'alcool je serais encore plus fort, ça a toujours été. La preuve c'est que pendant mon abstinence c'est là que j'ai été le plus fort monsieur, c'est que toute m'a réussi et que ça a fonctionné. L'alcool m'a par contre été néfaste et m'a enfoncer dans le négatif. Tout a dégringolé. J'ai pas bu a la boite, hein, ce n'est pas la question. C'est le choc qui s'est passé. En fin de compte au lieu de rebondir tout de suite, je me suis enfoncer dans la spirale, je n'ai pas fait le deuil de la société. Alors que c'était fini, c'était fini, il fallait passer à autre chose. Mais j'ai pas eu le déclique, j'étais toujours dans

mon truc, ma société. J'ai pris ça comme un divorce monsieur. Vous savez quand vous êtes en haut du top, du top, du top, et puis d'un seul coup… Vous savez c'est comme un footballeur qui est très bon, qui monte au plus haut et qui remporte tout, et qui un jour, il se retrouve en CFA. C'est l'écroulement total. C'est pas de l'orgueil, c'est pas de la vanité, c'est pas de la prétention. Mais bon, quand vous avez créé, vous avez construit, vous avez travaillé, vous avez fait les choses proprement, assidument. Un moment vous comprenez que c'est une forme d'injustice. Vous avez le droit d'être bon mais pas trop bon. Moi c'est ce que j'ai compris, en fait il aurait fallu être moyen (rire).

De l'injustice par manque de reconnaissance ?

Ouais c'est ça vous perdez de la reconnaissance, vous perdez l'estime de vous, vous perdez la confiance. Moi j'ai perdu confiance en moi. Vous êtes pas psychologue mais je vous explique. Au lieu de rebondir il y a eu l'alcool qui, pensant que ça allait me redonner du courage, au contraire m'a nuit et m'a donner encore moins confiance en moi monsieur. Et puis le regard des autres, parce que les gens se sont aperçus. On a l'impression que ça se voit pas mais ça fini par se voir. Aujourd'hui c'est le travail, affronter le regard des autres, arriver à montrer que ça va mieux. Et puis après on pense bien ou on pense mal c'est comme ca. Si les gens veulent communiquer ils communiquent, s'ils veulent plus communiquer ils communiquent plus et puis terminé. Je trouve ça un peu léger, c'est tout. Tout le monde dans la vie peut avoir des échecs. C'est comme ça qu'on reconnait les vrais amis, c'est quand on est dans le fond. Ça fait parti de la vie. Aujourd'hui ce qui me fait peur, j'ai 52 ans, j'espère rebondir. Ça va je suis pas trop foutu (rires). Il y a encore du potentiel à avoir, il faut y croire. Et peut être que c'est une opportunité vous savez. Il y a 20 ans c'était une opportunité de rebondir en enlevant l'alcool en reprenant les études. Peut être que là c'est pareil, c'était un échec, je vais rebondir et faire quelque chose qui me plait énormément, et je vais finir tranquillement ma carrière pendant 10 ans. En fin de compte ça sera un mal pour un bien. Toute façon je suis obligé de me le dire, positivement.

En soi, c'est une expérience.

Voilà il faut arrêter l'alcool, point final, et ça va repartir. On reprend confiance en soi, on reprend l'estime de soi par rapport aux autres, le regard des autres va être meilleur, les gens vont voir. Et après ça sera qu'un épisode, voilà. Parce qu'il faut pas voir que le mal des gens qui vous regardent bizarrement. Si ils voient qu'un moment vous êtes plus le même et que vous êtes redevenu ce que vous étiez, finalement ils sauront vous dire « c'est bien ce que tu as fais, c'est courageux ». Attendez parce que c'est pas facile, les gens ont l'impression que ça se fait comme ça mais ça se fait pas comme ca. On efface pas des blessures comme ça du jour au lendemain. Ça se fait pas comme ca, c'est pas vrai. (…) Ce que je voulais dire

aussi c'est que là ça c'est très bien passé. J'ai fait des choses ici que je ne pensais jamais faire. La vannerie, j'étais contre la vannerie finalement j'arrive à faire de la vannerie moi qui ne suis pas manuel. Après on m'a mis a la peinture, j'ai dit « attendez moi j'ai jamais dessiné de ma vie j'y comprends rien », en fin de compte je me suis mis a la peinture et je m'éclate a le peinture. La je fais des bracelets brésiliens [activité libre], c'est des choses que j'aurai jamais fait de ma vie. En fin de compte on développe des choses qu'on pensait pas être capable de faire et qu'on fait. Donc quelque part je me dis que l'informatique c'est ma bête noire, mais peut être qu'il suffit de me mettre dedans et après ça va venir tout seul.

Mr G

Je vais vous poser quelques questions sur votre parcours de vie, vous êtes à la baronnais depuis combien de temps ?

Et bien depuis février, je fini la semaine prochaine.

Ah oui, c'est bientôt la fin ! Alors ma première question, est-ce que vous avez déjà vécu une situation de retour à domicile après un soin en post cure ?

Une première fois en 94, j'étais à coté de Tours dans une post cure pour addiction a l'alcool, on n'appelait pas ça addiction encore. Pas toujours facile le retour il faut reprendre ses repères, les repères de la vie, reprendre ses habitudes de vie. C'est pas toujours évident sachant qu'avant on était en post cure et on laissait un peu tout tomber. On laissait tomber tout ce qui est rendez vous, on a plus gout a rien et quand on reprend après la post cure, il faut se remettre au travail déjà, on s'aperçoit qu'il y a beaucoup de manque par rapport au courrier qu'il faut remettre en route, des factures qui traines… C'est quand même énorme donc moralement c'est pas facile parce qu'il faut absolument se remettre là dedans du coup c'est là qu'il faut savoir demander de l'aide et ça c'est pas toujours évident.

D'accord, vous avez été accompagné lors de ces premiers retours à domicile ?

Nan il n'y a pas eu de préparation, que là actuellement oui.

On va rester sur vos premiers retours à domiciles pour le moment, comment c'est passé le retour dans votre logement dans ces moments là ?

Pas très bien parce que la première fois quand on est seul c'est pas facile, moi j'ai du mal à être seul donc on tourne un peu en rond. Au bout d'un moment bon, on se bouge un peu, on essai de faire les choses et puis moi je sais que je suis pas rester longtemps, j'ai recommencé à fréquenter les copains, les bistrots, et malheureusement je me suis remis à boire quoi. Mais c'était pas la boisson alcoolique « alcoolique », c'était plutôt buveur excessif

mais occasionnel. Mais quand je m'en prenais une c'était à fond. Donc retourner dans ce circuit là mais parallèlement j'ai quand même réussi à reprendre le travail, à avoir une vie à peu près normal quoi.

Le fait de retourner dans votre village, dans votre quartier comment ça c'est passé, plutôt positif ou négatif ?

A ce moment là j'étais chez ma mère donc ça allait, pas de problème de retour. J'avais le sous-sol pour moi donc j'étais plutôt tranquille. J'avais une certaine tendance à être en bipolaire donc à rester des temps et des temps comme un ours dans sa caverne en fait. Dans ces périodes là je restais enfermé je bougeais plus mais c'était ou tout bien ou tout pas bien. C'était bien avant qu'on me le diagnostique, j'avais des passes comme ça ou j'étais complètement mal et je restais enfermé et je bougeais plus, et quand je sortais après c'était complètement la folie. J'ai été diagnostiqué il y a quelques années là. C'est bizarre j'ai toujours été comme ça. Au travail ils étaient très content de moi je bossais comme un dingue, j'avais des résultats et une fois que j'arrivais à atteindre un objectif ça m'intéressait plus il fallait que j'arrête donc je quittais la boite. Et ça a toujours été comme ça, mon CV il est long.

Le retour à domicile cette fois, je vais changer de ville, parce que là je peux plus. Trop de fréquentation des gens qui boivent, des connaissances… J'ai pas envie trop de me frotter à ça donc j'ai quand même décidé de trouver un studio ou je suis loin et tranquille, dans un quartier calme.

Quand vous êtes retourné à domicile les premières, comment ça c'est passé avec votre entourage ?

En 93 ma mère ne comprenait pas trop que l'alcoolisme c'est une maladie, elle le prenait plutôt comme, mon père buvait donc je buvais, alors que mon frère n'a pas été malade. Elle le vivait plutôt mal, elle ne comprenait pas en fait. Mais il y avait des réunions prévues pour la famille justement pour expliquer le problème de la vie alcoolique, et c'est là qu'elle a commencé a comprendre que c'était une maladie, que c'était dur a soigner, très long et très embêtant quoi. Donc depuis ce temps là elle m'a tout le temps soutenue, elle est toujours avec moi. Bon actuellement j'ai mes enfant qui sont très très soutenant, je suis bien bien entouré, j'ai toujours ma mère, mon frère, les gens sont là. Voilà, je suis vachement bien entouré. Tout le monde me motive, tout le monde est là, il n'y a pas de problème.

Donc votre famille est un soutien pour vous, c'est plus les connaissances de votre quartier qui peuvent…

Ouais qui pourraient me parasiter ouais.

Lors de vos rechutes est-ce que vous pensez que votre environnement y est pour quelque chose ?

Ouais, les taches administratifs compliquées, les courriers, et on a pas envie de se mettre la dedans donc on fait plus rien. Quand on est alcoolisé on ne pense qu'a l'alcool donc financièrement on se met dans le trou. A la fin on réussi à se renfermer sur soi même donc les seuls moments ou on sort c'est pour acheter de l'alcool ou alors c'est alcoolisation mais dans les bistrots, dans les bars, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Donc on dépense des fortunes, mais justement dans les bars histoire de voir du monde. Malheureusement dans les bars on voit du monde qui boit alors on boit avec ces gens là et voilà. Là c'est des cuites assurées.

On va passer sur votre situation actuelle, est ce que vous avez bénéficié d'un accompagnement pour votre retour à domicile ?

Vu que j'habite un peu loin d'ici c'est pas facile, sinon je serais bien revenu en jour. De mon coté j'ai prévu de retourner au CMP parce que j'étais suivi au CMP avant. Avec un psychiatre, justement pour ma bipolarité et mes d'alcool. Donc je vais reprendre contact avec eux pour des rendez-vous réguliers. J'ai le centre des apsyades à St Nazaire, donc reprendre contact a st Nazaire aussi avec le médecin alcoologue. Il y a pas de système à st Nazaire pour faire des activités ou quoi, c'est ça qui est embêtant.

Ca vous embête ?

Ouais c'est pour ça que j'ai prévu pour la sortie, je suis inscrit je fais du canoë-kayak, j'y pensais énormément. Donc là j'ai concrétisé.

Vous vous êtes inscrit seul ?

Oui oui oui, c'est quelque chose que j'avais en tête depuis longtemps et du coup là je me suis déplacé, tout ça. Parallèlement sinon je lis énormément mais au bout d'un moment être dans l'appart à lire, appart fermé, tout seul, c'est là le piège, c'est pas bien. En même temps on a peur d'aller à l'extérieur au niveau des tentations donc c'est un peu bizarre comme situation. C'est pour ça qu'il faut des points de sécurité autour. Donc CMP, apsyades et je connais quelqu'un qui est a l'association vie libre et que je peux appeler en cas de besoin.

C'est un système de parrainage c'est ça ?

Oui c'est des anciens buveurs qui se réunissent régulièrement et qui aident les gens qui sont alcooliques on parle, on discute et il suffit que j'ai un problème de rechute chez moi et je peux téléphoner, ils viennent.

Vous avez une personne référente ?

Non ça peut être n'importe qui, c'est dans le groupe, le plus près il vient s'il est libre et on peut discuter pour nous soutenir et justement essayer de stopper ça.

Est-ce que vous pensez qu'ici un accompagnement pourrait faciliter le retour à domicile ?

Un accompagnement comment ?

Ca peut être une préparation en essayant de se projeter par rapport au retour, des aides dans la vie de tous les jours, par exemple par rapport au fait que vous changiez de logement, de quartier.

C'est vrai que je vais changer de ville. Ici j'ai participé au GEAS [gestion des émotions et affirmation de soi, atelier encadré par les psychologues], et ça m'a énormément aidé pour l'affirmation de soi, savoir dire non, ça je ne savais pas faire.

Vous pensez que ça peux vous aider ?

Ah ouais ça va m'aider pour l'après parce que savoir dire non, savoir demander de l'aide aussi, je savais pas faire. J'étais prêt a aider tout le monde, tout ca, mais je sais pas demander pour moi. Donc le fait d'avoir fait les séances de GEAS ça m'a débloqué pas mal de chose. Ça prépare pas mal pour l'extérieur.

Est-ce que vous pensez qu'il pourrait y avoir d'autres choses de mis en place pour vous accompagner ?

On en parlait quelques fois, ce qui serait pas mal c'est d'avoir quelqu'un de pôle emploi qui puisse venir de temps en temps à la baronnais. Il y a pas mal de personnes qui en ont parlé. Quelqu'un de la sécu aussi. Pour donner un peu plus de clarté dans les recherches d'emploi. Autrement je trouve que les soins qu'on a ici c'est assez complet. C'est vrai que moi je suis très satisfait parce que le personnel est très très gentil dans l'accompagnement, ils peuvent conseiller, si on a besoin on peut parler. Encore faut-il le vouloir mais si on veut parler on peut parler.

Le fait de retourner à domicile on perd cette proximité, ce soutient. Vous pensez qu'il pourrait y avoir plus de lien de fait entre la structure et l'extérieur ?

Il y a une proposition, ils nous en ont parlé, ils vont essayer de créer ça, de venir carrément pour les personnes qui en ont besoin, de pouvoir venir a notre domicile de temps en temps, voir comment ça va, nous soutenir. Ça va pas être facile à mettre en place, mais ça serait une bonne idée.

Vous trouvez que c'est une bonne idée ?

Ouais c'est une bonne idée parce que, ne serait-ce que pour avoir un soutient. Après c'est a nous de préparer aussi le soutien qu'on a besoin. Moi je sais que j'ai pas trop de difficulté dans le sens ou moi j'ai mes enfants qui sont avec moi, si je le fait c'est aussi pour eux, vu qu'on a perdu leurs maman il y a un an, on s'est quand même vachement rapprochés. J'ai ma mère, j'ai quand même du monde donc je suis pas perdu. Mais je conçois et je comprends que ça pourrait très intéressant pour certaine personnes justement d'avoir ce contact.

Des personnes plus isolées ?

Ouais voilà. Moi je vous disais GEAS ça m'a aidé déjà pour faire une demande en cas de besoin mais il y a des personnes qui n'ont pas encore ces facilités.

Le fait d'aller chez ces personnes ça pourrait les aider pour les démarches ?

Ca pourrait les conseiller les aider. Et puis ça permettrait de voir aussi aux niveaux des activités. Proposer des activités avec eux ça permettrait une certaine continuité. Ce qu'il y a de bien dans les activités, dans l'ergothérapie, c'est qu'on réapprend à se servir de nos mains, on se découvre des talents qu'on savait même pas. J'ai fait de la vannerie, j'ai fait un petit panier pour ma petite fille. J'ai fais la soie [peinture sur soie], c'est génial. Bon c'est vrai qu'après j'ai pas a l'extérieur c'est embêtant parce qu'il n'y a pas d'atelier. C'est pour ça que j'ai décidé de faire du canoë, de me mettre au cinéma, enfin faire pas mal de choses.

Ce sont des activités qui vous correspondent peut être plus aussi ?

Ouais mais ce coté manuel était vachement intéressant.

C'est important pour vous d'avoir des activités en dehors du travail ?

Ah ouais, très important. Parce que, reprendre le travail c'est pas toujours évident après, parce que bon il y a toujours cette peur du regard, un certain jugement. On en a parlé en groupe d'expression encore hier, il y a des gens qui jugent sans savoir que c'est une maladie, c'est pas facile. Mais bon ce qu'il faut c'est peut être reprendre un mi-temps thérapeutique, chacun peut le vivre comme il le peut, mais c'est pas facile de repartir au

travail après. Ça chamboule tout, on a plus les même habitudes. Avant on finissait le boulot on allait boire, et là on va finir le boulot on va faire quoi ?

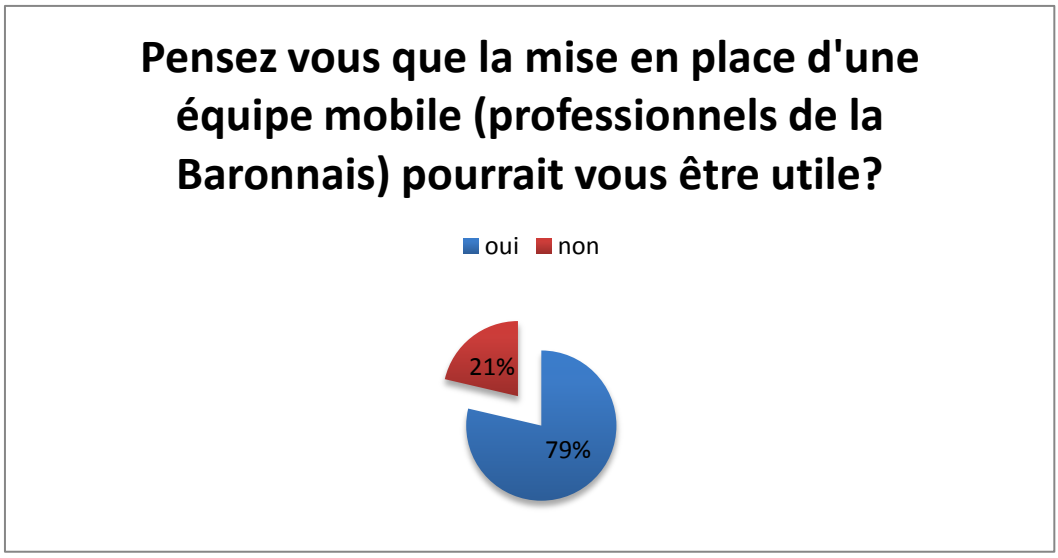
Vous pensez l'activité peut prendre le relais ?

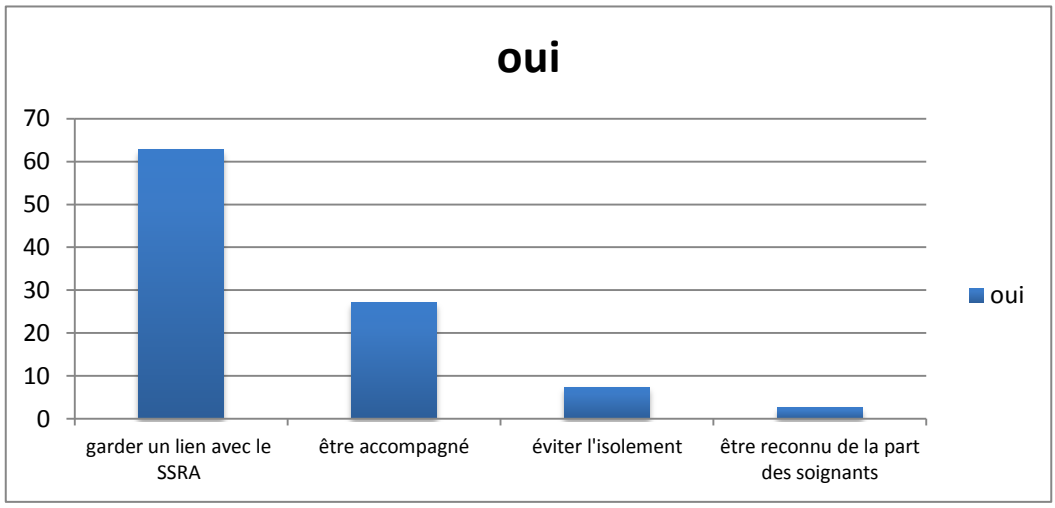
Voilà, après ça dépend si le boulot est fatigant, si on a envie, c'est pas évident. C'est pour ça que c'est très important d'avoir du soutien. En fait faut pas se retrouver seul.

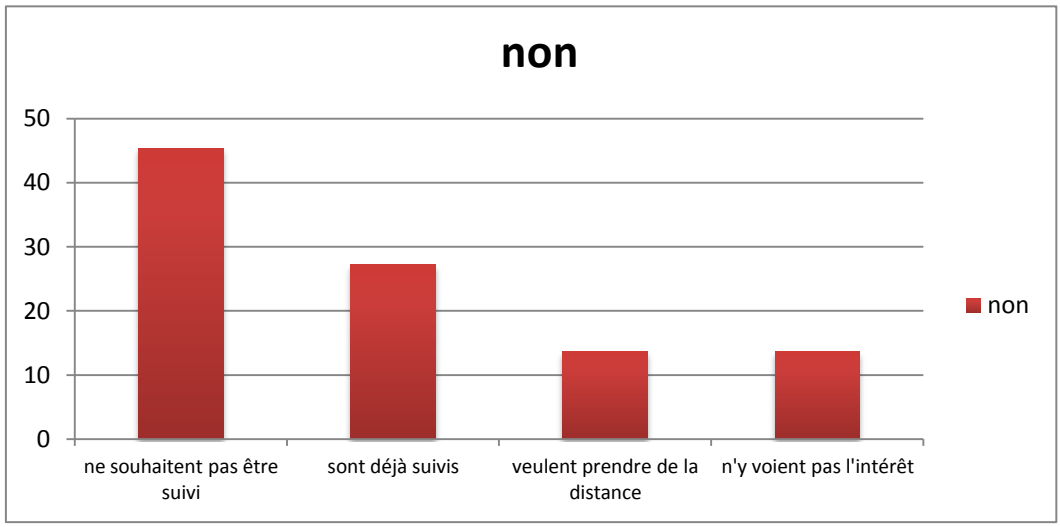
Pour vous c'est ça le danger ?

Ouais, ouais…

Annexe 6 : Etude statistique mai 2013-décembre 2013, La Baronnais.







Annexe 7 : Questionnaire habitudes de vie

Nom: Prénom: Age: Date:

Adresse :

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations concernant vos habitudes de vie afin de vous accompagner au mieux dans votre prise en charge.

Logement

J'habite : ☐ Une maison ☐ Un appartement ☐ Autre .....
Je suis : ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Autre .....

J'habite seul : ☐ Oui ☐ Non
Si non : ☐ Conjoint ☐ Enfants ☐ Parents ☐ Autre.....

Je bénéficie d'aides à domicile ☐ Oui ☐ Non
Si oui : ☐ Aide ménagère ☐ Infirmière ☐ Portage des repas ☐ Autre.....

Activité professionnelle : ☐ Oui ☐ Non Profession exercée :

Vie quotidienne

J'ai pour habitude de prendre 3 repas par jour ☐ Oui ☐ Non

J'estime que ces repas sont équilibrés ☐ Oui ☐ Non

Je fais mes courses seul(e) ☐ Oui ☐ Non

Je me prépare à manger moi-même ☐ Oui ☐ Non

J'invite parfois mon entourage à manger ☐ Oui ☐ Non

J'ai l'impression que je dors suffisamment ☐ Oui ☐ Non
J'ai un traitement pour dormir ☐ Oui ☐ Non

Je gère seul(e) la prise de médicaments ☐ Oui ☐ Non

Vie quotidienne

Je prends soin de moi (habillage, hygiène corporelle...) ☐ Oui ☐ Non

Je prends soin de mon lieu de vie (ménage, rangement, décoration, jardin...) ☐ Oui ☐ Non

Je gère le linge seul(e) (lessive, repassage...) ☐ Oui ☐ Non

Je gère seul(e) mes finances ☐ Oui ☐ Non

Je réalise seul(e) les démarches administratives ☐ Oui ☐ Non
☐ Par courrier ☐ Par téléphone ☐ Par mail ☐ Au guichet

Pour ces tâches, je demande de l'aide si besoin ☐ Oui ☐ Non

Déplacements extérieurs

Je sors régulièrement de mon domicile ☐ Oui ☐ Non

Je peux me déplacer seul(e) ☐ Oui ☐ Non

Pour me déplacer, j'utilise : ☐ La voiture ☐ Les transports en commun ☐ Autre.....

Il m'arrive de faire des trajets inconnus ☐ Oui ☐ Non

Vie sociale

Je vois régulièrement ☐ Ma famille ☐ Mes amis ☐ Mes collègues ☐ Autre.....

Ils me soutiennent dans ma démarche de soin ☐ Oui ☐ Non

J'ai des proches qui sont aussi en difficulté avec l'alcool et/ou autres produits ☐ Oui ☐ Non

J'adhère à une association ☐ Oui ☐ Non **J'ai le projet d'y adhérer** ☐ Oui ☐ Non

J'ai des activités de loisirs ☐ Oui ☐ Non **J'ai le projet d'en avoir** ☐ Oui ☐ Non

Annexe 8 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, soussigné déclare accepter de participer, librement, et de façon éclairée au recueil d'information mené par François ROCHER, étudiant en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.

Engagement du participant: le recueil de données consistera à s'entretenir environ 20 minutes autour du sujet des retours à domicile une fois les soins en SSRA terminés. L'entretien sera enregistré afin de pouvoir garder toute l'information pouvant avoir un intérêt pour la recherche. Aucune information sur l'identité du participant ne sera révélée par souci d'anonymat. Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Engagement de l'investigateur: L'investigateur s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Toutes informations concernant la démarche de recherche et ses finalités pourront être expliquées au participant. L'investigateur s'engage à préserver la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Fait à le

Signatures :

Le participant L'investigateur

Résumé

En France, il a été récemment estimé à 3.8 millions le nombre de personnes ayant une consommation d'alcool dite « à risque ». Ce qui fait de l'addiction à l'alcool une préoccupation de santé publique nationale majeure. Dans ce contexte de nombreuses structures comme les SSRA, Soins de Suite et Réadaptation en Addictologie mettent en œuvre divers services de soin. Pour autant, le nombre de rechutes suite à ces hospitalisations reste conséquent. Le fait est que lorsque ces personnes retournent à domicile, il arrive un moment où l'alcoolisation se réitère. Que pouvons-nous proposer, en tant que professionnels de santé, en tant qu'ergothérapeute, aux personnes dans cette situation? Le témoignage de quelques personnes actuellement en soin et ayant vécu un retour à domicile permettra de cerner l'influence de l'environnement sur le maintien de l'abstinence. Leurs expériences et leurs avis sur ces questions interrogent nos pratiques de soin et permettent une constante adaptation de nos orientations thérapeutiques.

Mots clés : Addiction, Alcool, SSRA, Ergothérapie, Retour à domicile

Abstract

Recently, in France, it was estimated that 3.8 million people have a dangerous level of alcohol consumption. That's why alcohol abuse is an important public health issue. In this context, many institutions like rehabilitation centers offer many health services. However, the number of relapse after treatment is still important. The fact is when these people go home; there is a point when alcohol abuse starts again. What can we do, as health professionals, as occupational therapists, to help these people? Some testimonies were collected from people during their treatment, about their experiences after returning home. They allow us to understand the impact of the home environment on the relapse risks. Their experiences and their opinions make us wonder about our practices and help us to rethink our therapeutic orientation.

Key words: Addiction, Alcohol, Rehabilitation center, Occupational Therapy, Return home.