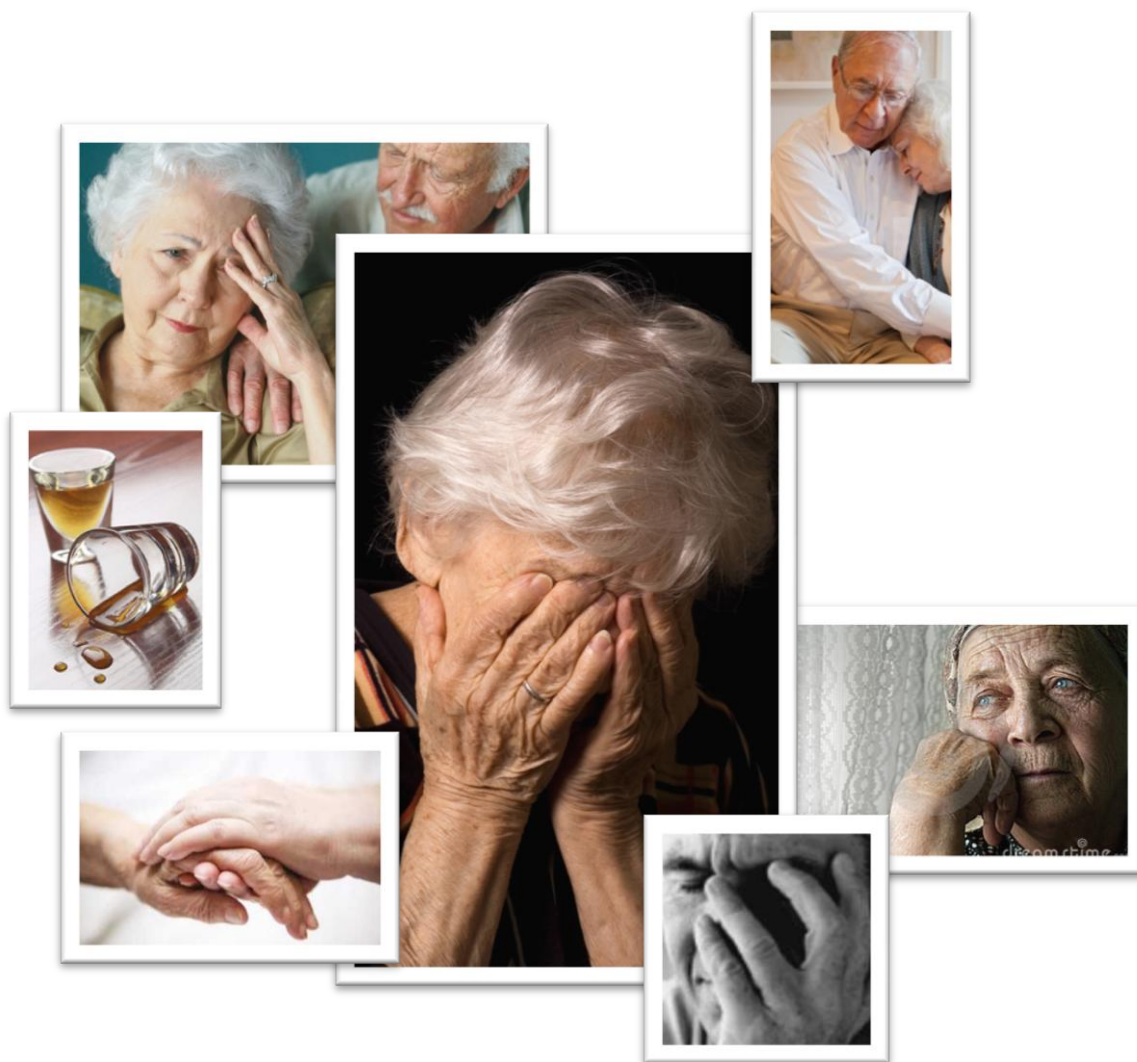


# L'alcool, le dernier plaisir... vraiment ?

Pratique professionnelle des assistants sociaux valaisans accompagnant les  
personnes en âge AVS dépendantes à l'alcool



Réalisé par : Francine Roh et Mireille Terrettaz

Promotion : TS AS 09

Sous la direction de : Mélanie Peter

Sierre, le 21 septembre 2012

*Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leurs auteures.  
Nous certifions avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur·e·s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études*

*Le masculin est utilisé dans ce travail  
comme le représentant des deux genres.*

# Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes citées ci-dessous pour leur soutien dans l'élaboration de notre travail de Bachelor :

- Mme Mélanie Peter, directrice du travail de Bachelor
- Les treize professionnels qui nous ont livré leurs témoignages
- Nos personnes ressources
- Nos collègues de travail

Nous remercions de tout cœur notre relectrice, Mme Anne-Françoise Andenmatten.

Un merci va également à notre expert du terrain, M. Daniel Rey ainsi qu'à l'experte de la HES•SO, Mme Eliane Favre.

Finalement, un grand merci à nos familles et amis qui nous ont accompagnées dans cette longue aventure.

# Résumé de la recherche

Cette recherche nous a ouvert les portes de compréhension d'un phénomène social souvent jugé tabou dans notre société, la dépendance à l'alcool des personnes en âge AVS, et nous a permis d'entrer de plein pied dans le travail des assistants sociaux (AS) qui les accompagnent.

Nous avons comparé les méthodes de travail des AS d'Addiction Valais avec celles d'autres services sociaux qui n'ont pas comme premier mandat de traiter les addictions. Ainsi, après avoir rencontré des AS de Pro Senectute et d'un centre médico-social (CMS), nous avons remarqué que les professionnels prennent en compte cette problématique mais qu'elle n'est pas si facile à aborder. Ils attendent souvent que le lien de confiance avec le client soit solide pour entamer ce sujet et ils utilisent des astuces professionnelles pour le faire, comme l'observation du lieu de vie ou les difficultés financières de la personne.

Nos investigations sur le terrain nous ont également permis de mettre en évidence les représentations que se font les AS au sujet des personnes âgées dépendantes à l'alcool, dans un contexte socioculturel où ce produit psychoactif détient une grande place sociale et économique. Les descriptions données qualifient la vieillesse d'un état plutôt négatif, faisant référence aux multiples difficultés pouvant apparaître comme des problèmes physiques, psychiques ou d'isolement.

Finalement, nous avons développé plusieurs pistes qui pourraient aider les professionnels à engager plus facilement une action pour leur venir en aide. Il s'agit surtout de renforcer la collaboration entre les différents services afin de mieux coordonner l'accompagnement. D'autre part, nous avons proposé de développer le soutien direct aux personnes âgées en créant des espaces de partage leur étant destiné ou en organisant des campagnes d'information sur les risques spécifiques liés à la consommation d'alcool dans le grand âge. Pour terminer, il est également important que les divers professionnels soient formés à cette problématique afin de répondre de manière optimale aux besoins des clients.

## Mots-clés

**Personne âgée – dépendance – alcool – assistant social – pratique professionnelle – accompagnement – contexte socioculturel valaisan**

# Table des matières

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE .....</b>	<b>9</b>
2.1	DE LA QUESTION DE DEPART A LA QUESTION DE RECHERCHE .....	9
2.2	LES OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	10
<b>3</b>	<b>CADRE THEORIQUE ET CONCEPTS .....</b>	<b>11</b>
3.1	CHOIX DES CONCEPTS .....	11
3.2	LA PERSONNE AGEE .....	11
3.2.1	LES REPRESENTATIONS DE LA VIEILLESSE DANS NOTRE SOCIETE .....	11
3.2.2	LA VIEILLESSE, DERNIERE ETAPE DU PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT HUMAIN .....	12
3.2.2.1	LES TROIS ASPECTS DU VIEILLISSEMENT .....	12
3.2.2.2	LE CORPS A L'EPREUVE DU TEMPS .....	12
3.2.3	QUAND L'AUTONOMIE LAISSE PLACE A LA DEPENDANCE .....	13
3.2.4	LE VIEILLISSEMENT PSYCHIQUE .....	13
3.2.4.1	LE SYNDROME DE L'ETIQUETTE .....	14
3.2.5	LES DIFFERENTES PERTES LIEES A LA VIEILLESSE .....	14
3.2.6	LES DIFFERENTS PROBLEMES DE TOXICOMANIE DONT PEUT SOUFFRIR LA PERSONNE AGEE .....	14
3.2.7	LE CONCEPT DE LA PERSONNE AGEE, EN RESUME .....	15
3.3	LA DEPENDANCE A L'ALCOOL .....	16
3.3.1	DEFINITION DE L'ALCOOL .....	16
3.3.2	STATISTIQUES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN SUISSE .....	16
3.3.3	TYPES DE CONSOMMATION .....	17
3.3.4	PREVENTION ET AIDE PROFESSIONNELLE EN SUISSE .....	18
3.3.5	L'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES AGEES .....	19
3.3.5.1	UN SUJET TABOU .....	19
3.3.5.2	STATISTIQUES DE LA CONSOMMATION DES PERSONNES AGEES .....	19
3.3.5.3	LA DEPENDANCE ALCOOLIQUE... UN DIAGNOSTIC DIFFICILE A ETABLIR .....	23
3.3.5.4	LES CAUSES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL .....	24
3.3.5.5	SEUILS DE CONSOMMATION .....	25
3.3.5.6	EFFETS ET CONSEQUENCES DE L'ALCOOL .....	25
3.3.5.7	TYPLOGIE DE LA CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL .....	26
3.3.5.8	AIDE PROFESSIONNELLE ET PREVENTION .....	26
3.3.6	LE CONCEPT DE LA DEPENDANCE A L'ALCOOL, EN RESUME .....	27
3.4	LA PROFESSION D'ASSISTANTE SOCIALE .....	27
3.4.1	HISTORIQUE DE LA PROFESSION .....	27
3.4.1.1	AUX ORIGINES .....	27
3.4.1.2	LA DEUXIEME MOITIE DU XX <sup>e</sup> SIECLE .....	28
3.4.1.3	RECONNAISSANCE DE LA PROFESSION ET FORMATION .....	29
3.4.2	ROLE ET FONCTIONS DE L'AS .....	30
3.4.3	ETHIQUE ET DEONTOLOGIE .....	32
3.4.3.1	L'ETHIQUE .....	32
3.4.3.2	LA DEONTOLOGIE .....	32
3.4.4	METHODOLOGIE D'INTERVENTION .....	33

3.4.4.1	INTRODUCTION .....	33
3.4.4.2	INTERVENTION SOCIALE D'AIDE A LA PERSONNE .....	33
3.4.4.3	L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL .....	35
3.4.4.4	INTERVENTION COLLECTIVE .....	35
3.4.4.5	LE TRAVAIL EN RESEAU .....	36
3.4.4.5.1	POURQUOI TRAVAILLER EN RESEAU ? .....	36
3.4.4.5.2	TPOLOGIE DES RESEAUX .....	37
3.4.4.5.3	LES CONDITIONS DE REUSSITE .....	39
3.4.4.5.4	LES DERIVES POSSIBLES .....	39
3.4.4.5.5	TRAVAILLER EN RESEAU POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES A L'ALCOOL .....	40
3.4.5	TECHNIQUES ET OUTILS .....	40
3.4.5.1	LE PROJET .....	40
3.4.5.2	LE CONTRAT .....	41
3.4.6	CONTEXTES DE TRAVAIL AUPRES DES PERSONNES AGEES EN VALAIS .....	41
3.4.6.1	LES INSTITUTIONS DESTINEES AUX PERSONNES AGEES .....	41
3.4.6.2	FORMATIONS SPECIFIQUES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES .....	42
3.4.6.3	CHANGEMENT DE PARADIGME DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES DEPENDANTES A L'ALCOOL .....	42
3.4.6.4	COMMENT ACCOMPAGNER UNE PERSONNE AGEE DEPENDANTE A L'ALCOOL ? .....	43
3.4.7	LE CONCEPT DE LA PROFESSION D'ASSISTANTE SOCIALE, EN RESUME .....	45
<b>3.5</b>	<b>LE CONTEXTE SOCIO-CULTUREL VALAISAN .....</b>	<b>45</b>
3.5.1	HISTORIQUE DE L'ALCOOL .....	45
3.5.2	HISTORIQUE DE L'ALCOOL EN VALAIS .....	46
3.5.3	LES OCCASIONS CULTURELLES EN RAPPORT AVEC L'ALCOOL .....	47
3.5.4	LE VALAIS ET SON IMAGE .....	49
3.5.5	LE VALAIS ET SES RUMEURS .....	49
3.5.6	STATISTIQUES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN VALAIS .....	50
3.5.7	LEGISLATIONS .....	52
3.5.7.1	ORDONNANCE SUR LES BOISSONS ALCOOLIQUES .....	52
3.5.7.2	ORDONNANCE CONCERNANT LES TAUX D'ALCOOLEMIE LIMITEES ADMISES EN MATIERE DE CIRCULATION ROUTIERE .....	53
3.5.7.3	LOI FEDERALE SUR LES STUPEFIANTS ET LES SUBSTANCES PSYCHOTROPES (LSTUP) .....	53
3.5.7.4	AUTRES LOIS EN VIGUEUR .....	54
3.5.8	ANECDOTE FINALE .....	54
3.5.9	LE CONCEPT DU CONTEXTE SOCIOCULTUREL VALAISAN, EN RESUME .....	54
<b>4</b>	<b>HYPOTHESES DE RECHERCHE .....</b>	<b>55</b>
<b>5</b>	<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>55</b>
<b>5.1</b>	<b>LA RECHERCHE SUR LE TERRAIN .....</b>	<b>55</b>
5.1.1	TERRAIN D'ENQUETE .....	55
5.1.2	ECHANTILLON .....	56
<b>5.2</b>	<b>METHODE DE RECOLTE DE DONNEES .....</b>	<b>56</b>
<b>5.3</b>	<b>PRINCIPES ETHIQUES DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>57</b>
<b>5.4</b>	<b>LIMITEES DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>57</b>
<b>6</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>58</b>
<b>6.1</b>	<b>METHODE D'ANALYSE .....</b>	<b>58</b>
<b>6.2</b>	<b>DONNEES PERSONNELLES DES AS INTERROGES .....</b>	<b>58</b>

<b>6.3</b>	<b>ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS</b>	<b>58</b>
6.3.1	THEME 1: PRATIQUE PROFESSIONNELLE	59
6.3.1.1	FREQUENCE DE CONFRONTATION	59
6.3.1.2	PROFIL DES CLIENTS	60
6.3.1.3	INDICES	62
6.3.1.4	DEMARCHES, REPRESENTATIONS ET OUTILS SPECIFIQUES ILLUSTRÉS AU TRAVERS D'UN SCENARIO	63
6.3.1.4.1	MOMENT ET DESCRIPTION DE L'INTERVENTION PAR LES AS DE CMS ET PRO SENECTUTE	64
6.3.1.4.2	METHODE D'INTERVENTION DES AS D'ADDICTION VALAIS	68
6.3.1.4.3	OUTILS SPECIFIQUES ?	69
6.3.1.4.4	DIFFERENCE DE PRISE EN CHARGE ENTRE UNE PERSONNE AGÉE ET UN JEUNE	71
6.3.1.5	TRAVAIL EN RESEAU	73
6.3.2	THEME 2 : LES REPRESENTATIONS	74
6.3.2.1	REPRESENTATIONS DE LA PERSONNE AGÉE ET DE LA VIEILLESSE	74
6.3.2.2	REPRESENTATION D'UNE DEPENDANCE A L'ALCOOL	77
6.3.3	L'ALCOOL... LEUR DERNIER PLAISIR ?	78
6.3.4	THEME 3 : INFLUENCE DU CONTEXTE SOCIOCULTUREL VALAISAN	80
6.3.4.1	INFLUENCE SUR LES PERSONNES AGÉES	80
6.3.4.2	INFLUENCE SUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	81
6.3.4.3	VISION HORS CANTON	82
6.3.5	THEME 4 : PERSPECTIVES, PISTES D'ACTION	83
6.3.5.1.1	AMELIORATIONS GLOBALES NECESSAIRES	83
6.3.5.1.2	BESOINS PRATIQUES SUPPLEMENTAIRES	84
6.3.5.1.3	UTILISATION DE BROCHURES	85
6.3.5.1.4	CAMPAGNE DE PREVENTION	86
<b>7</b>	<b>SYNTHESE ET DISCUSSION</b>	<b>88</b>
7.1	LIMITES DE LA RECHERCHE	88
7.2	OBSTACLES RENCONTRES	89
7.3	VERIFICATION DES HYPOTHESES DE DEPART	90
7.4	PERSPECTIVES ET PISTES D'ACTION	91
7.5	LIENS AVEC NOTRE PRATIQUE PROFESSIONNELLE	93
<b>8</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>94</b>
8.1	CONCLUSION FINALE	94
8.2	BILAN PERSONNEL DE FRANCINE ROH	95
8.3	BILAN PERSONNEL DE MIREILLE TERRETTAZ	96
<b>9</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>97</b>
9.1	OUVRAGES DE REFERENCE	97
9.2	AUTRES OUVRAGES UTILISES	98
9.3	DOCUMENTS	98
9.4	ARTICLES SCIENTIFIQUES	98
9.5	SITES INTERNET	99
9.6	SOURCES PHOTOGRAPHIQUES	100
<b>ANNEXES</b>		<b>101</b>

## 1 Introduction

Nous avons choisi d'effectuer notre travail de bachelor (TB) sur un thème qui nous a toutes deux interpellées lors de notre parcours personnel et professionnel : « Les personnes âgées dépendantes à l'alcool ». Nous y avons toutes deux été confrontées lors de nos stages probatoires en établissements médico-sociaux (EMS), dans le secteur des soins et de l'animation. D'une part, nous avons énormément apprécié le contact avec les personnes âgées. D'autre part, nous étions désespérées lorsque nous observions des résidents alcooliques. Les conseils donnés par nos collègues sont restés vagues et ne nous ont pas entièrement satisfaites.

En parallèle à notre expérience au sein d'un EMS, nous avons également été en contact avec des personnes âgées dépendantes à l'alcool, au sein de notre entourage personnel et nous pouvons observer les multiples difficultés que cette problématique amène, non seulement dans la vie de la personne concernée, mais également dans celle de son entourage.

De plus, dans notre canton, ce sujet tabou est pourtant une réalité qu'il faudra d'avantage prendre en compte dans le futur, vu le nombre grandissant de personnes âgées au sein de la population et la proportion croissante de jeunes consommateurs, les retraités de demain, qui, aujourd'hui, s'enivrent de manière irresponsable et exagérée, et risquent de tomber dans cette dépendance.

A la suite de nos explorations, nous avons décidé de focaliser notre TB sur la pratique des AS face à cette problématique, dans le but de comprendre les méthodes de travail et les outils utilisés pour venir en aide à ces personnes. Cette recherche a ainsi contribué pleinement à notre formation d'AS et nous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances directement liées à notre profession.

Afin de mieux cerner le thème de notre recherche, nous avons tout d'abord développé les concepts théoriques suivants : la personne âgée, la dépendance à l'alcool, la profession d'assistante sociale et le contexte socioculturel valaisan. Nous avons ensuite analysé les données récoltées sur le terrain pour terminer avec des propositions concrètes. Pouvoir apporter notre contribution au travail social par l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à l'alcool nous motive fortement.

Pour terminer, pouvoir constamment confronter nos idées et nos visions, nous entraîner tout au long de cet astreignant cheminement, mêler notre diversité de caractère et nos tempéraments complémentaires, toutes ces synergies mises en œuvre par un travail en commun nous ont séduites et motivées. Nous sommes conscientes de la rigueur et de la répartition des tâches que demande l'organisation d'une recherche et la rédaction d'un texte à deux. A cet effet, nous avons élaboré une charte de collaboration (cf. annexe A).

Nous remémorant tous ces mois de travail, tous nos doutes, toutes nos joies, toutes nos difficultés et nos satisfactions, nous sommes très fières et heureuses d'avoir pu collaborer avec autant de plaisir et nous espérons que la lecture de cette recherche vous apportera autant de satisfaction.



## 2 Construction de l'objet de recherche

### 2.1 De la question de départ à la question de recherche

L'exploration du vécu de la relation à l'alcool chez les personnes âgées rencontrées dans notre milieu familial et professionnel, l'observation des divers professionnels qui les entourent, soit à domicile, soit en EMS ou en appartement protégé, nous ont ouvert un réel panorama sur le sujet de cette dépendance qui s'est rapidement imposé à nous.

Il nous restait, à ce stade, à affiner nos choix, à préciser notre thématique pour élaborer un projet réaliste et pertinent, qui corresponde aux directives officielles du TB. Ainsi, nous avons finalement opté pour la pratique des AS, ce qui nous a permis de développer de nouvelles compétences relatives à notre profession et de partager le vécu quotidien de nos futurs collègues.

Notre question de recherche est la suivante :

« De quelle manière et avec quels outils l'assistant social accompagne-t-il une personne en âge AVS dépendante à l'alcool en Valais ? »

Ainsi énoncée, notre question délimite la population que nous avons interrogée et laisse parallèlement une liberté par rapport au lieu de vie des personnes âgées. Nous avons toutefois retenu l'âge AVS (à partir de 64 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes) comme référence lorsque nous parlons de personnes âgées, car c'est à cette période qu'il y a le plus grand risque d'exclusion. En effet, le départ à la retraite représente un grand changement dans la vie d'une personne et demande une certaine réorganisation. Ne plus travailler, perdre ses contacts, peut parfois inciter la personne à se sentir inutile et à se tourner vers l'alcool pour soulager sa souffrance (cf. chapitre 3.2).

Au niveau du vocabulaire utilisé pour parler des problèmes d'alcool, nous avons choisi d'utiliser le terme « dépendance à l'alcool » plutôt que celui « d'alcoolisme » qui est plus stigmatisant. De plus, nous verrons dans notre cadre théorique qu'il existe différents niveaux de mésusage d'alcool et que la dépendance correspond au niveau de consommation le plus dangereux. Dans le travail de l'AS, nous parlerons plutôt d'accompagnement que de prise en charge, étant donné que la personne aidée participe activement au processus de changement.

Finalement, nous avons décidé de nous en tenir au canton du Valais car chaque canton s'organise différemment face aux problèmes d'addictions. De plus, comme notre canton est réputé pour sa tradition viticole, nous avons pu observer si cet élément influence le comportement des personnes retraitées et la pratique des professionnels.

## 2.2 Les objectifs de recherche

Cette recherche nous a apporté des réponses à plusieurs interrogations concernant spécifiquement la pratique des AS travaillant avec des personnes âgées dépendantes à l'alcool :

- Est-ce que les AS abordent le sujet s'ils observent une personne âgée consommant de l'alcool ? Si oui, de quelle manière ? Si non, pourquoi ?
- Est-ce que les AS ont une méthodologie spécifique pour aider les personnes âgées dépendantes à l'alcool ?
- Est-ce que les AS sont formés pour répondre à cette problématique ?
- De quelle manière la famille de la personne âgée est prise en compte dans l'accompagnement ?
- De quelle manière les différents services (Pro Senectute, Addiction Valais, CMS) collaborent-ils ?

D'une manière plus large, nous voulons également savoir si le thème des personnes âgées et de l'alcool est considéré comme un problème social et découvrir ce qui est mis en place dans notre canton pour aider ces personnes en souffrance :

- Existe-t-il des outils de prévention cantonaux destinés aux personnes âgées ?
- Existe-t-il des lieux de soins spécifiques aux personnes âgées dépendantes à l'alcool ?
- Existe-t-il un réseau interdisciplinaire qui collabore régulièrement pour aider les personnes âgées dépendantes à l'alcool ?

## 3 Cadre théorique et concepts

### 3.1 Choix des concepts

Pour mener à bien la présente recherche, nous avons décidé de développer ces quatre thèmes nécessaires à la compréhension de la situation et des éléments déterminants qui s'y rattachent, à savoir la personne âgée, la dépendance à l'alcool, la profession d'assistante sociale et le contexte socioculturel valaisan. La mise en commun de ces chapitres nous a permis d'avoir une vision claire des enjeux qui gravitent autour de cette question. Nous avons sélectionné les informations utiles en étant en constante réflexion pour que la partie théorique s'articule au mieux avec nos objectifs.

### 3.2 La personne âgée

#### 3.2.1 Les représentations de la vieillesse dans notre société

Autrefois, le terme de « vieux » était associé à la sagesse, au savoir à transmettre. Les années défilant, cette vision a changé. De nos jours, ce mot est facilement assimilé à la faiblesse, à la dépendance aux personnes de l'entourage, à l'inutilité. Comment une personne peut-elle bien vieillir aujourd'hui malgré l'augmentation de l'âge moyen de la population et des changements de mentalité face aux personnes âgées qui ne vivent plus dans la famille, avec leurs enfants, mais qui sont souvent placées en institution ?

La société actuelle promeut la technologie et ne permet plus de concevoir la personne âgée comme une source de savoirs accumulés sur de nombreuses années. Au contraire, elle tend à prétendre que ce savoir se périmé avec le temps et à mettre en évidence la lenteur des retraités. Tous les milieux professionnels demandent de la performance, de la rapidité et de la vivacité d'esprit, ces qualités étant assimilées à la jeunesse. Nous ne pouvons cependant pas en faire une généralisation car toutes les personnes âgées ne se retrouvent pas seules et fragilisées. Certaines mettent même leur temps libre au service des autres pour leur faire partager leurs connaissances, leur offrir leur aide ou leur soutien.

Selon Mme Françoise Besson, il existe deux regards différents sur les personnes âgées. Elle explique qu'il y a le « *vieillard riche* » et le « *vieillard fragile et isolé*<sup>1</sup> ». Le vieillard riche, pour autant que sa santé le permette, n'a pas de restriction d'activité. Il s'occupe de ses petits enfants, entretient son logement, jardine, voyage, bricole, réalise ses rêves d'enfant. Il profite pleinement de sa retraite. Le vieillard fragile, lui, souffre souvent de maladie ou d'isolement. Comme le note M. Pascal Menecier, « *En considérant le vieillard avant tout comme victime des pertes de capacités qu'il subit, l'image négative d'une vieillesse "malheureuse" se dessine. Elle fait partie des projections redoutées par de nombreux adultes. C'est une réalité bien connue, et les exemples de vieillissement heureux et réussis ne sont pas majoritaires*<sup>2</sup> ».

<sup>1</sup> Le développement de la personne âgée, cours donné par Mme Françoise Besson, Module C4, novembre 2009

<sup>2</sup> MENECHER P., *Les aînés et l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection Pratiques gérontologiques, 2010, p. 30

### 3.2.2 La vieillesse, dernière étape du processus de développement humain

La vieillesse est une période de vie qui est en constante variation. Ce processus entraîne un réaménagement du quotidien. Face à ces changements, les personnes peuvent présenter un sentiment d'abandon, se sentant ainsi mises à l'écart de la société.

Le terme de vieillesse s'applique à partir du moment où la personne quitte son travail et se retrouve à la retraite, la dernière étape de vie. Ce stade déclenche un nouveau mode de vie. En effet, pour une personne ayant travaillé toute sa vie, cette étape peut provoquer quelques subites remises en question, surtout si elle ne s'y est pas préparée.

*« La vieillesse arrive brusquement, comme la neige.  
Un matin au réveil, on s'aperçoit que tout est blanc<sup>3</sup> ». Jules Renard*

#### 3.2.2.1 Les trois aspects du vieillissement

Il existe trois manières de caractériser le vieillissement<sup>4</sup> :

- **Le vieillissement physiologique** : celui contre qui personne ne peut rien faire ; ce sont les effets des années vécues, l'usure physique.
- **Le vieillissement accéléré** : il est causé par des éléments externes comme l'environnement (ex : s'exposer au soleil), les problèmes vasculaires ou les effets de l'alcool.
- **Le vieillissement pathologique** : il représente les différents troubles amplifiés par des maladies chroniques (ex : Alzheimer).

#### 3.2.2.2 Le corps à l'épreuve du temps<sup>5</sup>

Plus le corps vieillit, plus il s'affaiblit, plus les maladies s'accroissent. La diminution des ressources et des capacités de l'organisme, les changements physiques impliquent des difficultés d'adaptation et d'acceptation. *« Il (le corps) reste le témoin d'une vie écoulée et le gardien de l'identité<sup>6</sup> »*. Il est vrai que notre corps nous accompagne tout au long de notre vie, toutefois, il arrive un jour où il nous paraît étranger. C'est la période durant laquelle nous ne parvenons plus à accomplir certaines activités, comme par exemple, jardiner, grimper à une échelle, conduire... Toutes ces petites modifications poussent la personne à accepter son état, donc à faire le deuil de ce qui n'est plus réalisable.

<sup>3</sup> Proverbes français. (en ligne). Adresse URL : <http://www.proverbes-francais.fr/proverbes-vieux-vieillesse/>  
(Site consulté le 31.08.2011)

<sup>4</sup> MENECHIER P., *Boire et vieillir – Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection L'âge et la vie – prendre soin des personnes âgées, 2010, p.13

<sup>5</sup> Énoncé repris du cours de Mme Besson sur la personne âgée, Module C4, novembre 2009

<sup>6</sup> Ibid.

Comme cité plus haut, la vieillesse peut être une longue période. Elle comprend les « jeunes retraités » qui ont encore la possibilité d'accomplir des activités, les « vieux » qui doivent gentiment se résoudre à abandonner certaines actions et les « personnes du grand âge » touchées par la fragilité. Les conséquences du vieillissement sont alors bien différentes. La dégradation physique due à l'âge ne permet parfois plus l'espoir d'une guérison et mène souvent vers un handicap, voire la dépendance. Cette évolution naturelle de la vie nous conduit à parler de l'autonomie et de la dépendance.

### 3.2.3 Quand l'autonomie laisse place à la dépendance

L'autonomie et la dépendance semblent s'opposer alors que ce n'est pas tout à fait le cas. Une personne autonome évolue librement et se fixe ses propres normes. Son sens contraire serait plutôt l'hétéronomie qui exprime l'imposition de normes par une entité extérieure. L'utilisation de ces termes est plus subtile. Une personne autonome évolue librement et se fixe ses propres normes alors que celle qui est dépendante est tributaire d'un personnel soignant très vigilant et attentif à ses besoins et à ses demandes<sup>7</sup>.

A partir du troisième âge, la dépendance s'installe très souvent. Des faiblesses, des maladies, des incapacités se développent dans ce corps qui change. Il existe bien sûr plusieurs niveaux de dépendance que nous illustrons par quelques exemples : perte d'autonomie psychique et physique réclamant une prise en charge de la toilette ; dépendance domestique et sociale nécessitant une aide pour de la cuisine<sup>8</sup>. Il serait plus adéquat de parler de réadaptation que de dépendance, car chacun réorganise son quotidien selon ses difficultés et ses possibilités. Que ces handicaps soient prononcés ou légers, ils provoquent des bouleversements et des déceptions inévitables. Ainsi, accepter une aide pour les actes quotidiens de la vie peut être terriblement dégradant pour une femme qui a toujours géré sa famille, qui a eu l'habitude de recevoir chez elle ou de se mettre au service des autres.

### 3.2.4 Le vieillissement psychique

Notre cerveau, tout comme notre corps, subit les effets du vieillissement. Les pertes de mémoire ou d'attention en sont les symptômes les plus courants. Si la personne accepte ces troubles et réoriente sa vie en conséquence, elle les vivra mieux que celle qui ne peut les tolérer, les perçoit comme une douleur, comme une déchéance, qui ternit son image d'elle-même, qui détruit son estime de soi, se sentant « disqualifié » par ses limitations physiques.

Finalement, ces troubles peuvent devenir sévères à partir du moment où la personne n'a plus la capacité de se souvenir de faits récents ou perd la notion spatio-temporelle. A ce stade, la démence est évoquée.

---

<sup>7</sup> Notes prises durant cours de Mme Besson sur la personne âgée, Module C4, novembre 2009

<sup>8</sup> Annuaire maison retraite. (en ligne). Adresse URL : <http://www.annuaire-maison-retraite.org/grille-evaluation-gir.htm>  
(Site consulté le 31.08.2011)

### 3.2.4.1 Le syndrome de l'étiquette

Il est important de ne pas juger les seniors hâtivement. En effet, comme l'a dit Mme Françoise Besson lors du module C4, sitôt qu'une personne âgée est dans un état de dépression et présente des troubles de la mémoire, elle est classée dans la catégorie des déments. Une fois le diagnostic posé, l'entourage va se comporter avec elle comme si elle était effectivement démente, alors qu'elle ne l'est pas forcément. Une fois rentrée dans cette spirale, elle deviendra ce que ses proches la font devenir par leur attitude à son égard : c'est le syndrome de l'étiquette. Ce processus peut également s'appliquer lors de problèmes d'alcool, comme l'explique M. Pascal Menecier dans son ouvrage « Boire et vieillir » : « *S'il est essentiel de ne pas négliger et de ne pas méconnaître des troubles, les supposer par excès et sans preuve peut aussi devenir préjudiciable. Le qualificatif de « syndrome de l'étiquette » (Manière et coll., 1993) fait courir le danger de trop vite cataloguer d'alcoolique une personne âgée, entraînant un double risque : d'abord celui de l'excès de diagnostic, tout symptôme apparaissant chez un « alcoolique » ainsi étiqueté sera rattaché à l'alcool sans en rechercher une preuve dans une démarche diagnostique complète ; ensuite celui de la stigmatisation<sup>9</sup>* ».

### 3.2.5 Les différentes pertes liées à la vieillesse

La vieillesse est un enchaînement de « pertes » qui n'est pas toujours facile à gérer. Un rentier peut s'investir dans le bénévolat ou pratiquer plus souvent un hobby, afin de meubler ses journées. Cependant, ceci n'est pas donné à tout le monde. Il peut arriver que certains ne se sentent plus la force de se lancer dans de nouveaux projets et préfèrent rester seuls chez eux.

C'est à partir de l'âge de la retraite que ces pertes se manifestent, soit par la disparition de capacités physiques ou mentales, soit par le décès d'un proche. Pour y faire face, les ressources sont de moins en moins abondantes.

La personne âgée se retrouve de plus en plus seule au fil des ans. De ce fait, elle est moins stimulée et aura moins envie de sortir. Cependant, chacune va réagir selon son tempérament. En principe, l'apparition du sentiment d'inutilité devrait tirer la sonnette d'alarme auprès de l'entourage. Toutefois, il faut être présent au bon endroit et au bon moment pour vérifier si l'ennui s'installe.

Il va de soi que le processus de deuil face aux différentes pertes est propre à chaque personne qui réagira de manière différente et se rétablira selon son caractère et ses ressources.

### 3.2.6 Les différents problèmes de toxicomanie dont peut souffrir la personne âgée

Les personnes âgées, comme toute la population, peuvent être touchées par des problèmes de toxicomanie avec ou sans substance psychotrope. Dans la majorité des cas, il s'agit de dépendance à l'alcool ou aux médicaments et parfois aux jeux.

---

<sup>9</sup> MENEcier P., *Boire et vieillir – Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection L'âge et la vie – prendre soin des personnes âgées, 2010, p. 38-39

Lors de nos recherches exploratoires, alors que nous parlions des dépendances à l'alcool, cette phrase est souvent revenue : « *C'est leur dernier plaisir, alors, laissez-le leur !* ». Toutefois, cette idée est un mythe car le plaisir passé laisse place à un mal-être profond et à une réelle souffrance (cf. chapitre 3.3.5).

La consommation de médicaments souvent fortement dosés, prescrits contre l'anxiété, l'insomnie, la dépression, les douleurs physiques... provoque des pertes de mémoire, des confusions ou des pertes d'équilibre. Les personnes âgées peuvent facilement oublier de prendre leurs médicaments ou les « prescrire » à des connaissances. Les risques de mélanges et de consommation abusive peuvent provoquer de graves effets secondaires. Il est important que l'entourage et les professionnels soient attentifs à la manière dont la personne s'administre ses traitements.

Le retraité a plus de temps libre qu'une personne active professionnellement. La dépendance au jeu peut vite s'installer dans ce contexte et ne pas être perçue comme un problème mais comme une occasion de rencontres. En plus de la perte d'argent, s'ajoutent des problèmes de santé. Passant des heures en position assise, ces aînés ne bougent plus, ce qui occasionne de graves conséquences physiques.

Le phénomène nouveau et grandissant de dépendance aux drogues nécessiterait une adaptation de la part des professionnels.

### 3.2.7 Le concept de la personne âgée, en résumé

Au travers du concept de la personne âgée, nous avons mis en évidence les différents changements de vie, les problèmes physiques, psychiques et sociaux qui peuvent survenir à l'âge AVS. Cette période de la vie n'est pas si simple à gérer et demande à être préparée.

En tant qu'AS accompagnant des personnes âgées, il est important de connaître et de tenir compte de ces différents aspects théoriques afin de mieux comprendre les difficultés auxquelles elles doivent faire face. De plus, des connaissances sur les conséquences des différentes maladies psychiques et physiques sont indispensables pour communiquer de manière appropriée avec elles.

Les personnes âgées ne sont pas à l'abri des toxicomanies. Les symptômes observables peuvent découler de problèmes psychiques ou de consommations exagérées de médicaments, d'alcool, de drogue ou une combinaison de ces abus. Ci-dessous, nous allons développer notre deuxième concept en lien avec la consommation d'alcool.

### 3.3 La dépendance à l'alcool

#### 3.3.1 Définition de l'alcool

L'alcool est à la fois un bien culturel, un produit de consommation et une substance psychoactive<sup>10</sup>. Il est utilisé depuis la nuit des temps pour ses propriétés psychoactives : euphorisant, enivrant, désinhibiteur, anxiolytique... L'alcool est aussi synonyme de convivialité et de partage (point développé dans le concept du contexte socioculturel valaisan). Mais avant tout, il est une substance chimique, appelée alcool éthylique (éthanol, C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH), qui est produite grâce à la fermentation de matières contenant des hydrates de carbone comme les fruits, les céréales ou les pommes de terre. Il peut également être élaboré par synthèse et entre alors dans la fabrication de colorants et de médicaments.

L'alcool consommé va être absorbé par le sang et se diffuser ensuite dans tous les organes et toutes les parties du corps. L'alcoolémie est le nom donné à la concentration d'alcool dans le sang. Sa diffusion immédiate dans le corps provoque très rapidement des effets : sensation de chaleur, bien-être, détente, gaieté, besoin de parler, etc. En fonction de notre âge, de notre sexe, de notre corpulence, de la composition de notre corps, une même quantité ingurgitée va avoir des conséquences différentes. Dans un premier temps euphorisant, sa consommation démesurée aura ensuite des répercussions de plus en plus importantes sur notre corps : troubles de la vision, augmentation du temps de réaction, déséquilibre, confusions, vomissements... jusqu'au coma et à la mort pour une concentration de 3,0 à 5,0 pour mille. « *La consommation excessive de boissons alcooliques peut entraîner des problèmes de santé et de société : en Suisse, 250 000 à 300 000 personnes souffrent d'alcoolodépendance*<sup>11</sup> ». Les conséquences se répercutent aussi bien au niveau physique, psychique que social et coûtent chaque année à la Suisse des milliards de francs.

#### 3.3.2 Statistiques de la consommation d'alcool en Suisse

« En 2009, 8,6 litres d'alcool pur sont consommés en moyenne par habitant, soit l'équivalent de 170 litres de bière, de 70 litres de vin ou de 20 litres de spiritueux. Cette consommation moyenne a toutefois diminué de 2,2 litres (d'alcool pur) depuis 1990<sup>12</sup> ».

<sup>10</sup> Addiction Suisse. Focus-alcool. Lausanne, 2011. 6 p. (en ligne) Adresse URL : [http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Focus\\_Alcool.pdf](http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Focus_Alcool.pdf) (page consultée le 31.08.2011)

<sup>11</sup> Office fédéral de la santé publique. (en ligne) Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/index.html?lang=fr> (site consulté le 31.08.2011)

<sup>12</sup> Office fédéral de la santé publique. Fiche d'information fondée sur l'Enquête suisse sur la santé et son analyse par Addiction Suisse. 30.05.2011. (en ligne) Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/10157/index.html?lang=fr> (site consulté le 31.08.2011)



Le tableau ci-dessous indique la consommation de boissons alcooliques par habitant, en Suisse et en litres, de 1971 à 2009<sup>13</sup> :

Consommation de boissons alcooliques par habitant en Suisse en litres (années 1971 à 2009)		ADDITION   INFO   SUISSE																
	Teneur en alcool	Sources: pour 2008 et 2009: Régie fédérale des alcools (RFA) (2009/10). L'alcool en chiffres 2009/10. Jusqu'en 2008: calculs de l'ISPA sur la base de: Régie fédérale des alcools (RFA). Consommation de boissons alcooliques par habitant en Suisse des années concernées. Office fédéral de la statistique (OFS). Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) des années concernées.																
Vin	11%	44.5	45.3	49.3	49.4	45.7	43.4	43.5	43.5	43.1	41.8	40.9	40.2	38.8	38.3	39.3	38.6	37.9
Bière	4,8%	74.8	68.9	70.0	69.3	66.0	59.1	58.6	57.8	57.1	55.5	58.1	57.0	55.0	56.8	57.4	58.0	57.3
Cidre	4.5%	6.5	5.4	5.1	4.6	3.4	2.8	2.6	2.6	2.5	2.3	2.3	2.2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.5
Spiritueux	40%	5.3	5.0	5.4	4.9	4.1	3.7	3.6	3.9	**4.0	4.0	4.0	3.9	3.8	3.9	4.0	4.0	3.9
Total alcool pur (100% vol.)	Par habitant	11.0	10.5	11.2	10.9	10.0	9.2	9.2	9.2	9.2	9.0	9.0	8.9	8.5	8.6	8.8	8.7	8.6
	Par habitant des 15 ans	14.4	13.4	13.6	13.1	12.0	11.2	11.1	11.2	11.0	10.8	10.9	10.6	10.1	10.2	10.3	10.2	10.1
		*71-75	*76-80	*81-85	*86-90	*91-95	*96-00	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009

\*moyenne des années cumulées

\*\*chiffre révisé

« Selon la dernière Enquête suisse sur la santé, la moitié de l'alcool consommé en une année l'est par une petite minorité (12.5%) de la population adulte (15 ans et plus). Les proportions cumulées montrent aussi que 90% de l'alcool consommé l'est par un peu moins de la moitié de la population (46.5%). Quant aux abstinentes, ils représentent 17% de la population<sup>14</sup> ».

### 3.3.3 Types de consommation

Selon l'office fédéral de la santé publique, la grande majorité de la population suisse boit modérément et près d'un million de personnes ont une consommation problématique. On parle de « consommation problématique » lorsque « la consommation d'alcool met notablement en péril la santé propre ou celle d'autres personnes et que des préjudices correspondants sont possibles ou avérés. On considère aussi comme problématique la consommation d'alcool par des personnes qui devraient en principe s'en abstenir – les enfants et les personnes malades notamment<sup>15</sup> ».

<sup>13</sup> Addiction Suisse. (en ligne) Adresse URL :

[http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user\\_upload/Grafiken/Alkohol/F\\_A\\_conso\\_1.pdf](http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Alkohol/F_A_conso_1.pdf) (site consulté le 31.08.2011)

<sup>14</sup> Addiction Suisse. (en ligne) Adresse URL : <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/alcool/consommation/> (site consulté le 31.08.2011)

<sup>15</sup> Office fédéral de la santé publique. (en ligne). Adresse URL :

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/10157/index.html?lang=fr> (site consulté le 31.08.2011)

Il existe quatre types de consommation problématique :

- **L'ivresse ponctuelle** (binge drinking), qui consiste à consommer une grande quantité d'alcool dans un laps de temps très court.
- **La consommation chronique**, qui est régulière et concerne des quantités importantes d'alcool.
- **La consommation inadaptée à la situation**, comme par exemple la conduite en état d'ébriété, la consommation d'alcool durant la grossesse ou au travail, dans le contexte sportif, etc.
- **La conduite addictive (alcoolodépendance)** qui selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se définit par « *un désir puissant de prendre de l'alcool, une difficulté à contrôler la consommation, une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, un désinvestissement progressif des autres activités obligatoires et obligations au profit de la consommation de cette drogue, une tolérance accrue, un syndrome de sevrage physique, le diagnostic d'alcoolodépendance étant posé lorsque trois de ces critères au moins sont remplis*<sup>16</sup> ».

### 3.3.4 Prévention et aide professionnelle en Suisse

Au niveau de la Confédération, c'est l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui est mandaté pour la prévention liée aux addictions et plus particulièrement à l'alcool dans notre pays. De nouvelles campagnes sont régulièrement menées en Suisse afin d'informer la population sur la consommation d'alcool et les risques qui lui sont liés. A cet effet, l'OFSP collabore avec les divers acteurs des domaines médico-sociaux du terrain et particulièrement avec la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL). Celle-ci joue un rôle consultatif auprès du Conseil fédéral. Elle s'occupe des questions directement ou indirectement liées à l'impact de l'alcool sur la santé, lance et encadre les processus de réflexion, de décision et de mise en œuvre y relatifs<sup>17</sup>. Un exemple d'action est la première « semaine alcool<sup>18</sup> » qui a eu lieu en mai 2011, ayant pour but d'inviter toute la population à dialoguer sur le thème de l'alcool.

De plus, le Conseil fédéral a adopté le 18 juin 2008, un programme nommé « Programme national alcool 2008-2012<sup>19</sup> » qui vise à diminuer la consommation problématique d'alcool en Suisse par diverses actions, dont la mise en œuvre est de la compétence des cantons.

Il existe également d'autres acteurs de prévention en Suisse comme Addiction Suisse (anciennement ISPA), le Groupement romand d'études des addictions (GREA) pour la Suisse romande respectivement Fachverband Sucht pour la Suisse allemande, Infoset, la Croix bleue.

<sup>16</sup> Addiction Suisse. Focus-alcool. Lausanne, 2011. 6 p. (en ligne) Adresse URL :

[http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Focus\\_Alcool.pdf](http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Focus_Alcool.pdf) (site consulté le 31.08.2011)

<sup>17</sup> Office fédéral de la santé publique. (en ligne). Adresse URL :

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00594/index.html?lang=fr> (site consulté le 31.08.2011)

<sup>18</sup> Semaine nationale alcool. (en ligne). Adresse URL : <http://www.je-parle-d-alcool.ch/fr/> (site consulté le 31.08.2011)

<sup>19</sup> Office fédéral de la santé publique. (en ligne). Adresse URL :

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=fr> (site consulté le 31.08.2011)

Chaque canton possède sa propre politique en matière d'alcool. Une fois par année a lieu un congrès d'une journée sur les Plans d'action cantonaux alcool (PAC)<sup>20</sup> qui vise à tisser des liens entre les cantons au sujet de leurs activités en matière de politique d'alcool. Les cantons se positionnent notamment sur la réglementation du secteur de la restauration et du commerce de détail, sur les prescriptions en matière de publicité et sur les réglementations en faveur de la protection de la jeunesse.

De plus, chaque canton mandate des institutions afin de développer sa politique en matière d'alcool. Par exemple, en Valais, Addiction Valais est l'acteur principal dans ce domaine. Elle propose un accompagnement ambulatoire dans ses centres d'aide et de prévention (CAP) ainsi que des possibilités de cures à la Villa Flora ou Via Gampel. Elle joue également un rôle primordial d'information et de prévention pour tout le canton.

### 3.3.5 L'alcool chez les personnes âgées

#### 3.3.5.1 Un sujet tabou

Dans le chapitre précédent, nous avons vu qu'il existe des politiques nationale<sup>21</sup> et cantonales en matière de consommation d'alcool et de prévention en Suisse. Cependant, en regardant de plus près les différentes campagnes, nous nous apercevons qu'il y a peu de place pour ce problème. En effet, beaucoup de projets se développent pour les jeunes et les adultes, mais le troisième âge est oublié. A tous niveaux confondus, nous retrouvons quelques lignes éparses, deux flyers édités par Addiction Suisse et un chapitre dans le Programme National Alcool 2008-2012. Selon Pascal Menecier, « *Aborder ce sujet, ce n'est pas simplement transgresser la loi du silence, mais aider à prendre en considération la multiplicité des aspects que les relations entre alcool et vieillesse peuvent prendre. Pas pour défendre un point de vue laxiste : "à leur âge laissons-les boire et avoir encore un peu de plaisir", ni pour soutenir une prohibition de l'alcool chez les aînés entre ces extrêmes, une réflexion sereine et complète semble la meilleure voie pour aider, soigner ou préserver la santé et le bien-être des personnes âgées*<sup>22</sup> ». Nous allons donc développer dans les points ci-dessous le thème du mésusage d'alcool chez les personnes âgées.

#### 3.3.5.2 Statistiques de la consommation des personnes âgées

D'une manière générale, les hommes consomment plus de boissons alcooliques que les femmes, particulièrement à partir de 65 ans. Près de 80% des hommes de plus de 75 ans boivent de l'alcool au moins une fois par semaine, tandis que les femmes du même âge sont beaucoup moins nombreuses (tout juste 40 %). La situation est similaire dans le groupe des 65-74 ans, où la différence est encore de 30 %.

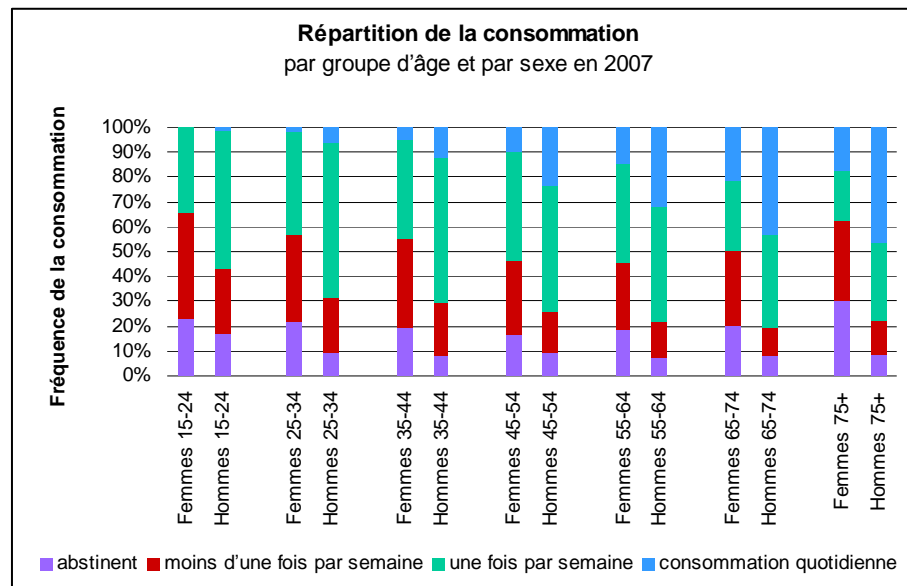
<sup>20</sup> Office fédéral de la santé publique. (en ligne). Adresse URL :

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/10916/10922/index.html?lang=fr> (site consulté le 31.08.2011)

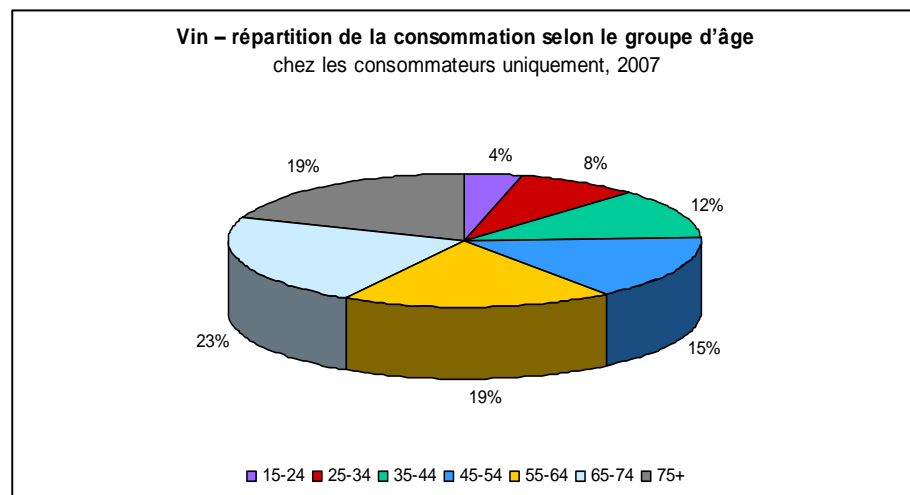
<sup>21</sup> Nous avons volontairement accordé « nationale » au singulier car il existe une politique nationale.

<sup>22</sup> MENECHIER P., *Boire et vieillir – Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection L'âge et la vie – prendre soin des personnes âgées, 2010, p.7

Dans le tableau ci-dessous<sup>23</sup>, on remarque que les hommes de 65 ans et plus sont les personnes qui consomment le plus souvent de l'alcool quotidiennement.



On voit également dans le tableau ci-dessous<sup>24</sup> que les personnes en âge AVS sont celles qui consomment le plus de vin.



<sup>23</sup> Office fédéral de la santé publique. Fiche d'information fondée sur l'Enquête suisse sur la santé et son analyse par Addiction Suisse. 30.05.2011. p. 3. (en ligne) Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/10157/index.html?lang=fr> (site consulté le 31.08.2011)

<sup>24</sup> Ibid. p. 10.

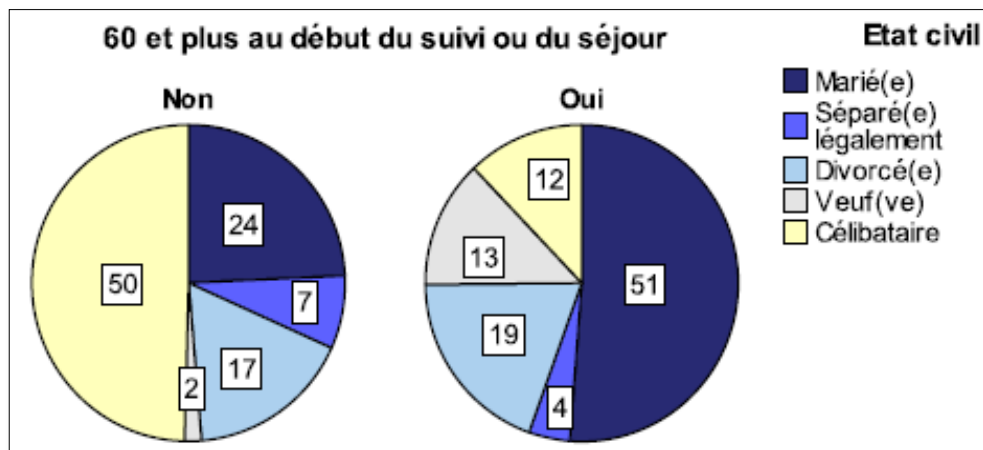
Au niveau du Valais, Addiction Valais a publié en juin 2011 ses statistiques 2010 sur sa clientèle âgée de 60 ans et plus<sup>25</sup>. Les points suivants en ressortent :

- La part des clients qui ont 60 ans et plus au moment de leur admission a quasiment doublé entre 1996 et 2010. Elle est passée de 5,7% à 10,8% et concerne autant les services ambulatoires que résidentiels.
- En 2010, le nombre de femmes et d'hommes est assez équilibré.
- Quasiment la totalité des clients de 60 ans et plus ont un problème avec la consommation d'alcool à tous les niveaux, cependant les intoxications (5 verres ou plus lors d'une même occasion) sont moins présentes que chez les plus jeunes.
- L'hôpital général est présent dans le signalement de plus d'un tiers des clients de 60 ans et plus (36,4% contre 8,8% parmi les clients moins âgés).
- La moitié des clients de 60 ans et plus indique vouloir atteindre une abstinence définitive et moins d'un cinquième déclare vouloir viser une consommation contrôlée.
- Deux clients admis sur cinq sont déjà connus d'Addiction Valais.
- Dans le domaine ambulatoire, la durée moyenne observée du suivi est estimée à 382 jours chez les 60 ans et plus et à 507 jours chez les moins de 60 ans. Dans le secteur résidentiel, la durée moyenne de séjour est de 45 jours parmi les 60 ans et plus et de 118 jours parmi les moins de 60 ans.

<sup>25</sup> Addiction Valais, Annick Clerc Berod, *Rapport statistique lié à la clientèle suivie – année 2010*, mai 2011, (en ligne), Adresse URL : <http://www.addiction-valais.ch/?page=statistique>

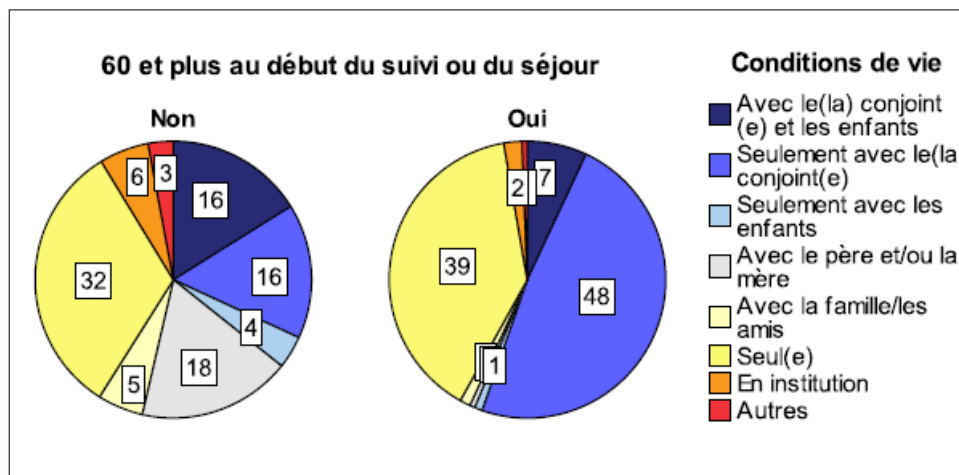
**Etat civil :**

Dans le tableau ci-dessous, nous remarquons que la moitié des personnes âgées de 60 ans et plus (51.2% ; 54.0% parmi les hommes et 42.7% parmi les femmes) est mariée et plus d'une personne sur dix est veuve (13.0% ; 10.5% chez les hommes et 20.7% chez les femmes)<sup>26</sup> ».



27

« Près de la moitié des personnes de 60 ans et plus au moment de leur admission, vit seulement avec son conjoint(e) (48.3% ; 7.2% chez les hommes et 51.8% chez les femmes)<sup>28</sup> ».



29

Nous remarquons que les personnes qui bénéficient d'un soutien familial s'engagent plus volontiers dans un suivi. Toutefois, le nombre de personnes seules est considérable, il est donc important qu'elles aient l'appui de l'équipe professionnelle tout au long de leur parcours.

<sup>26</sup>Addiction Valais, Annick Clerc Berod, *Rapport statistique lié à la clientèle suivie – année 2010*, mai 2011, (en ligne), Adresse URL : <http://www.addiction-valais.ch/?page=statistique>, p. 36, (site consulté le 24.10.2011)

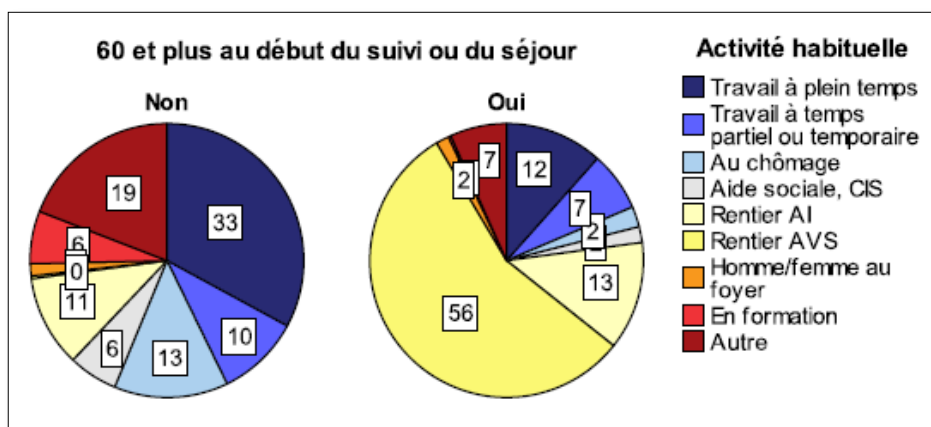
<sup>27</sup> Ibid. (en ligne), Adresse URL : <http://www.addiction-valais.ch/?page=statistique>, p. 36, (site consulté le 25.10.2011)

<sup>28</sup> loc. cit. (en ligne), Adresse URL : <http://www.addiction-valais.ch/?page=statistique>, p. 36, (site consulté le 25.10.2011)

<sup>29</sup> loc. cit. (en ligne), Adresse URL : <http://www.addiction-valais.ch/?page=statistique>, p. 37, (site consulté le 25.10.2011)

### Situation socioéconomique<sup>30</sup> :

Le tableau suivant révèle que « la part observée des rentiers AI est assez semblable à celle observée dans le groupe des moins de 60 ans (12.8% contre 10.8%). Cependant, les parts selon le sexe sont inversées : dans les moins de 60 ans, 8.7% des hommes et 16.8% des femmes sont à l'AI et dans les 60 ans et plus, les parts respectives s'élèvent à 15.6% et 4.7%<sup>31</sup> ».



32

### Coût social de la consommation excessive d'alcool :

« Une étude réalisée sur demande de l'Office fédéral de la santé publique a estimé sur la base des données 2007 le coût social de la consommation excessive d'alcool à plus de 6.2 milliards de francs par an [Jeanrenaud, 2010] : 1.1 milliard de coûts directs (traitement des maladies dues à la consommation d'alcool), 1.8 milliard de coûts indirects (pertes de productivité générées par les maladies, les décès et l'invalidité) et 3.3 milliards de coûts immatériels (baisse de la qualité de vie des malades, modification de leurs habitudes de vie et de celles de leurs proches)<sup>33</sup> ».

Cette révélation démontre tout ce qu'engendre une dépendance à l'alcool. Non seulement la personne dépendante voit sa qualité de vie se détériorer et est amenée à suivre des traitements. Tout ceci engendre malheureusement des coûts pour la société.

#### 3.3.5.3 La dépendance alcoolique... un diagnostic difficile à établir

D'une part, les statistiques concernant les personnes âgées souffrant d'une dépendance à l'alcool ne comprennent que celles qui consultent des services d'aide ou des hôpitaux. De ce fait, il en existe un nombre inconnu qui ne sont pas comptées dans les données chiffrées. D'autre part, les personnes âgées participent souvent de moins en moins à la vie sociale. Elles peuvent plus facilement cacher leur problème d'alcool en restant enfermées chez elles. Leur consommation n'a

<sup>30</sup> Titre repris du site Addiction Valais. (en ligne) Adresse URL : <http://www.addiction-valais.ch/?page=statistique>, p. 38, (site consulté le 25.10.2011)

<sup>31</sup> Addiction Valais. (en ligne) Adresse URL : <http://www.addiction-valais.ch/?page=statistique>, p. 38, (site consulté le 25.10.2011)

<sup>32</sup> Addiction Valais. (en ligne) Adresse URL : <http://www.addiction-valais.ch/?page=statistique>, p. 38, (site consulté le 25.10.2011)

<sup>33</sup> Observatoire valaisan de la santé. (en ligne) Adresse URL : [http://www.obs-vs-sante.ch/documents/Etat\\_de\\_sante\\_2010\\_rapport\\_fr.pdf](http://www.obs-vs-sante.ch/documents/Etat_de_sante_2010_rapport_fr.pdf), (site consulté le 18.10.2011)



alors plus les mêmes implications que lorsqu'elles travaillaient, conduisaient, participaient à la vie active, comme expliqué dans le concept sur la personne âgée (cf. chapitre 3.2).

Le diagnostic de dépendance alcoolique est également plus difficile à poser car, dans le grand âge, il y a plusieurs difficultés qui s'entremêlent : des problèmes physiques, des maladies psychiques, des prises régulières de médicaments, etc. Ainsi, comme le souligne Pascal Menecier, « *Il est donc tout aussi possible de supposer que l'alcoolodépendance ne décline ni ne disparaît avec l'âge, mais qu'il est difficile de la reconnaître : à cause de l'absence de critères diagnostiques pertinents comme à cause des difficultés des soignants à repérer la situation*<sup>34</sup> ». Les personnes amenées à travailler auprès des aînés associent souvent certains problèmes au vieillissement et ne voient pas qu'une autre difficulté se cache derrière cela. Ainsi, des chutes ou des pertes de mémoire peuvent autant être les conséquences de l'affaiblissement de la personne que d'une consommation élevée d'alcool. Voici quelques exemples d'effets du vieillissement que nous pouvons confondre avec ceux de la consommation abusive d'alcool : la confusion, la perte de mémoire à court terme, le ralentissement de la pensée, les tremblements, la dépression, des pertes d'équilibre<sup>35</sup>.

#### 3.3.5.4 Les causes de la consommation d'alcool

« Selon les cliniciens, lorsque les aînés éprouvent des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues, les motifs qui les poussent à consommer diffèrent souvent de ceux des jeunes. Les aînés doivent parfois relever des défis qui augmentent leurs risques de connaître des problèmes liés à l'alcool ou aux médicaments. Ces défis se manifestent dans les domaines suivants :

- **Psychosocial** : retraite, changement des rôles familiaux, perte de camaraderie suivant le décès d'un partenaire, d'amis intimes, de membres de la famille ou d'un animal de compagnie ; mobilité réduite, trous de mémoire, ennui, tristesse, anxiété, dépression, traumatisme (y compris traumatismes physiques, agression sexuelle ou expériences de guerre) ;
- **Spirituel** : deuil non assumé, deuil de sa santé, désespoir, acceptation de la mort ;
- **Physique** : manque d'énergie, maux et douleurs physiques, troubles du sommeil ;
- **Environnemental** : difficultés financières, problèmes de logement, perte d'autonomie, manque de services de soutien, âgisme (manque de respect envers les aînés dans la collectivité et la société en général).

En outre, une personne âgée peut continuer de consommer une substance de façon dangereuse parce que cette personne est dépendante de l'alcool ou d'autres drogues et se sent incapable d'arrêter<sup>36</sup> ».

<sup>34</sup> MENECHIER P., *Boire et vieillir – Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection L'âge et la vie – prendre soin des personnes âgées, 2010, p.56

<sup>35</sup> *Vouloir changer : Une approche axée sur le client traitant de l'usage d'alcool et de médicaments chez les aînés*, Editions cahm, 1998, p. 24-25

<sup>36</sup> Ibid. p. 25-26



### 3.3.5.5 Seuils de consommation

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a édicté des seuils de consommation sans risques pour les adultes mais ils ne sont malheureusement pas adaptés aux personnes âgées.

La Société française d'alcoologie (SFA) travaille sur des recommandations de seuils de consommation sans risque spécifique aux personnes âgées de plus de 60 ou 65 ans et les normes proposées sont les suivantes :

■ **Pour l'usage régulier** : en « verre standard » de 10 grammes d'alcool pur : pas plus de 1 (voire 2) verre(s) par jour en moyenne chez l'homme ou la femme.

■ **Pour l'usage ponctuel** : jamais plus de 3 verres par occasion<sup>37</sup>.

Ces recommandations ne s'adressent qu'à des personnes âgées sans pathologie et qui ne consomment pas de médicaments. Dans l'un ou l'autre de ces cas, le seuil de consommation d'alcool sans risque est réduit à moins d'un verre quotidien.

### 3.3.5.6 Effets et conséquences de l'alcool

Si la consommation recommandée n'est pas respectée chez le sujet âgé, l'alcool est alors le troisième facteur de démence, après les facteurs dégénératifs et vasculaires.

Plus la personne avance dans l'âge, plus elle est sensible aux effets de l'alcool, comme expliqué dans l'ouvrage du centre de toxicomanie et de santé mentale au Canada : « *En général, les aînés sont plus sensibles aux effets de l'alcool, phénomène qui s'explique par le fait que leur circulation sanguine est moins rapide, leurs reins et leur foie travaillent plus lentement pour éliminer l'alcool, sans compter que leur organisme contient moins d'eau pour diluer l'alcool. Comme les femmes sont plus petites que les hommes et que leur organisme contient, toutes proportions gardées, moins d'eau pour diluer l'alcool, les femmes plus âgées sont encore plus sensibles à ses effets*<sup>38</sup> ».

La personne âgée qui consomme régulièrement de l'alcool peut développer une dépendance physique ou psychologique. Une accoutumance peut aussi apparaître, signifiant que l'organisme s'est adapté à la substance alcoolique, qu'il s'habitue à ses effets et que le senior doit consommer de plus grandes quantités pour retrouver l'effet initial.

Les interactions alcool-médicaments sont fréquentes chez nos aînés à qui sont souvent prescrits des médicaments psychotropes (somnifères, tranquillisants...). L'alcool peut alors altérer l'efficacité des médicaments ou masquer les symptômes précurseurs importants d'une maladie.

Au niveau des conséquences de la consommation d'alcool, les dommages physiques sont les plus connus. Il existe plusieurs maladies qui sont issues d'une consommation excessive d'alcool comme la cirrhose alcoolique, le cancer du foie, le syndrome de Korsakoff, etc. Les portées

<sup>37</sup> MENECHIER P., *Boire et vieillir – Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection L'âge et la vie – prendre soin des personnes âgées, 2010, p.23

<sup>38</sup> *Vouloir changer : Une approche axée sur le client traitant de l'usage d'alcool et de médicaments chez les aînés*, Editions cahm, 1998, p. 24-25

psychiques comme la dépression ou les troubles anxieux sont également reconnus chez les aînés sans parler des conséquences sociales qui souvent sont synonymes de grande solitude<sup>39</sup>.

### 3.3.5.7 Typologie de la consommation abusive d'alcool

Les aînés qui éprouvent des problèmes d'alcool peuvent être divisés en trois groupes dont les profils et besoins sont distincts. M. Pascal Menecier, dans son ouvrage « Boire et vieillir<sup>40</sup> » a défini la typologie suivante :

- Les usagers abusifs précoces : Ce sont les personnes dont les problèmes de consommation abusive sont apparus tôt dans leur vie et persistent à l'âge de la retraite. Elles ont souvent tenté plusieurs fois d'arrêter leur consommation, mais étant dépassées par leurs problèmes, elles n'y sont pas parvenues.
- Les usagers abusifs intermittents : Ils ont vécu des périodes de consommation abusive lorsqu'ils n'arrivaient pas à faire face à des situations problématiques, mais ils ont aussi vécu de longues périodes d'abstinence. Ce genre de personnes gèrent très bien leur quotidien mais se laissent submerger lors de tensions de tous ordres et se retrouvent ainsi dans la dépendance par intermittence.
- Les usagers abusifs tardifs : Ce sont les personnes qui se retrouvent avec un problème d'alcool pour la première fois à un âge avancé. Elles connaissent le plus souvent les causes qui les ont poussées à boire. Les motifs régulièrement cités sont liés à l'âge : changement de mode de vie, pertes associées au vieillissement, pertes physiques, affectives ou financières...

### 3.3.5.8 Aide professionnelle et prévention

En Valais, les retraités ayant besoin d'aide de manière générale peuvent s'adresser à Pro Senectute. Pour une problématique spécifique à un mésusage d'alcool, elles peuvent contacter directement Addiction Valais. Les outils et techniques spécifiques utilisés par les professionnels sont développés dans le concept suivant.

En matière de prévention liée à la consommation d'alcool, il n'existe pas de campagne spécifique aux personnes âgées dans notre canton. Au niveau Suisse, Addiction Suisse a édité deux flyers intitulés : « Alcool et âge<sup>41</sup> » et « Alcool et médicaments en vieillissant<sup>42</sup> ». On trouve également le journal *Dépendances* d'octobre 2005 intitulé « Vieillir et consommer... quelles réponses pour quels problèmes ?<sup>43</sup> » qui a consacré ce numéro à cette problématique.

<sup>39</sup> MENECIER P., Les aînés et l'alcool, Toulouse, Editions érès, Collection Pratiques gérontologiques, 2010, p. 65-66

<sup>40</sup> Ibid. p. 26-30

<sup>41</sup> Addiction Suisse. (en ligne) Adresse URL :

[http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Alcool\\_age.pdf](http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Alcool_age.pdf) (Site consulté le 01.09.2011)

<sup>42</sup> Addiction Suisse. (en ligne) Adresse URL :

[http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Alcool\\_medicaments\\_age.pdf](http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Alcool_medicaments_age.pdf) (Site consulté le 01.09.2011)

<sup>43</sup> Groupement Romand d'études des Addictions. (en ligne) Adresse URL : <http://www.grea.ch/publications/dependances-26-vieillir-et-consommer-queles-reponses-pour-quel-problemes> (Site consulté le 01.09.2011)

### 3.3.6 Le concept de la dépendance à l'alcool, en résumé

Dans ce chapitre consacré à l'alcool, nous avons commencé par développer quelques points génériques, à savoir sa définition, quelques statistiques, les différents types de consommation ainsi que la législation y relative. Ce cadre permet d'aborder le sujet d'une manière générale, tel qu'il est traité vis-à-vis de toute la population. Dans un deuxième temps, nous avons mis en évidence les enjeux spécifiques de la consommation d'alcool à l'âge AVS. Ceci représente le centre de notre TB car l'accompagnement de personnes âgées qui en dépendent ne peut se faire de manière adéquate sans connaître les causes et les conséquences de la consommation du produit. De plus, grâce aux statistiques d'Addiction Valais, nous observons qu'en dix ans le nombre d'admissions a doublé.

A la suite des deux concepts précédents, nous sommes désormais au point sur les enjeux liés à la vieillesse et à la consommation d'alcool. Nous allons à présent développer la profession d'assistante sociale et définir les outils dont les professionnels disposent pour accompagner ces « malades » d'un genre particulier.

## 3.4 La profession d'assistante sociale<sup>44</sup>

### 3.4.1 Historique de la profession

#### 3.4.1.1 Aux origines

La profession d'AS trouve ses origines à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et va se développer jusqu'à nos jours au gré des évolutions politiques, sociales, religieuses et économiques. Entre 1900 et 1920 apparaissent en Europe les résidences sociales, « settlements », où vivent des femmes d'origine bourgeoise œuvrant pour améliorer les conditions de vie des habitants de quartiers pauvres. Elles se désignent elles-mêmes sous le nom de travailleuses sociales et utilisent une méthodologie de travail créée par Mme Mercedes le Fer de la Motte qui consiste à « *enquêter avant d'agir, intervenir localement avec les personnes concernées, intervenir collectivement et globalement de l'intérieur d'un milieu donné sur tous les aspects de la vie quotidienne, marquant ainsi les débuts du travail social professionnel* »<sup>45</sup>.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la tuberculose est la cause d'un fort taux de mortalité dans la population. Les infirmières (ancêtres des AS) sont alors formées pour se rendre au domicile des malades et lutter contre cette maladie. En 1922, la profession d'infirmière visiteuse est reconnue officiellement en France et elle marque les débuts de l'intervention médico-sociale que l'on retrouve plus tard dans les centres médico-sociaux.

Durant la première guerre mondiale, des femmes sont formées en tant que surintendantes d'usine pour veiller à la main-d'œuvre féminine travaillant dans les usines d'armement. A la fin de la guerre, comme les ouvrières retournaient à leurs foyers, ces professionnelles sont alors employées pour accueillir les réfugiés et prisonniers de guerre jusqu'à la deuxième guerre mondiale, où elles retrouvent leurs fonctions d'origine. « *Elles poursuivront par la suite leurs interventions en milieu*

<sup>44</sup> Durant des années, la profession d'assistante sociale était exclusivement destinée aux femmes, c'est pourquoi nous avons rédigé les points 3.4.1, 3.4.2 et 3.4.3 au genre féminin.

<sup>45</sup> BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, p. 18

*professionnel, pour devenir les assistantes sociales d'entreprise d'aujourd'hui. Aider la personne, tout en agissant pour l'amélioration du milieu où elle se trouve, fera toujours partie des objectifs du service social<sup>46</sup> ».*

En parallèle, dès 1905, les hôpitaux américains engagent des assistantes sociales qui complètent le diagnostic médical des médecins en apportant des éléments sociaux concernant les patients. Cette idée séduit les européens qui eux aussi, dès les années 1920, recrutent des femmes dans les écoles d'infirmières pour occuper cette fonction d'abord dans les hôpitaux puis dans les services de protection de l'enfance, les écoles et les tribunaux pour mineurs.

#### 3.4.1.2 La deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle

La deuxième guerre mondiale va amener beaucoup de volontaires non-formées à se définir comme assistantes sociales. A la fin de la guerre, ces professionnelles vont se rassembler et créer le 9 décembre 1944, l'Association Nationale des Assistants de Service social Diplômés d'Etat (ANASDE en France) avec comme objectif la création d'un cadre législatif pour la profession ainsi qu'un code de déontologie par la suite (1949).

De 1940 à 1960, les services sociaux se développent en parallèle à la sécurité sociale. Le travail des AS devient beaucoup plus administratif et elles doivent de plus en plus justifier leurs actions. Les sciences humaines, en particulier la psychologie et la sociologie, se développent et apparaissent nécessaires aux AS qui font face à des problématiques de plus en plus complexes. Au lendemain de la guerre, tout est à reconstruire.

De 1960 à 1980, les AS vont peu à peu être vues comme des exécutantes des politiques sociales et voient leur liberté d'action diminuée du fait des nombreuses hiérarchies administratives. De nouvelles professions et pratiques, des types inconnus de bénévolat apparaissent avec la prolifération d'associations et d'institutions sociales durant la période des Trente Glorieuses. Ainsi, les AS doivent sans cesse redéfinir leurs rôles et fonctions et ce jusqu'à nos jours. Leur travail est directement lié aux législations et peut être ainsi modifié en tout temps. Comme le relèvent Brigitte Bouquet et Garcette Christine, « *Depuis les années 1990, les articles, ouvrages, colloques professionnels, traduisent, non plus tant une recherche d'outils techniques et méthodologiques, qu'un questionnement éthique sur le sens du travail social au service des droits de l'Homme et de l'insertion économique et sociale des usagers considérés comme citoyens. Cette réflexion qui rejoint les débats de société actuels, dépasse de beaucoup la seule profession d'assistant social. Mais elle amène à redéfinir ce qu'est une intervention professionnelle ; en cela l'histoire est utile pour rappeler comment s'est construite une profession, en lien avec l'évolution constante de la société française dans laquelle elle inscrit son développement<sup>47</sup> ».*

<sup>46</sup> BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, p. 19

<sup>47</sup> Ibid. p. 28

### 3.4.1.3 Reconnaissance de la profession et formation

Jusqu'en 1932, en France, il existait différentes écoles qui formaient autant les infirmières, les infirmières visiteuses que les assistantes sociales. Ces centres de formation luttèrent pour faire reconnaître un programme de formation commun. Grâce à la première conférence internationale de service social qui eut lieu à Paris en 1928, le ministère de l'assistance publique reconnut l'existence de la profession d'assistante sociale et créa un brevet de capacité professionnelle le 12 janvier 1932.

En Suisse, le principal outil de la professionnalisation est la formation dispensée dès 1918 à l'école d'études sociales pour femmes de Genève et à la Sozial-Caritative Frauenschule de Lucerne. En 1957, l'école de Genève voit ses quatre sections (action sociale, direction d'établissement hospitalier, secrétaire d'institution sociale, service médico-social) se regrouper sous l'unique dénomination d'école de service social. En outre, le terme « pour femmes » disparaît étant donné que quelques hommes commencent à s'intéresser à cette profession<sup>48</sup>. A Lausanne, le centre de formation pour éducateurs de l'enfance inadaptée s'ouvre en 1954 et l'école d'études sociales et pédagogiques en 1964. En 1972, une école similaire ouvre ses portes à Fribourg et en 1975 est créé le centre de formation pédagogique et sociale de Sion. A cette époque de nombreuses institutions apparaissent en Suisse et le besoin en formation continue se fait ressentir par les professionnels. L'institut d'études sociales de Genève met en place en 1978 le premier centre de formation continue destiné aux travailleurs sociaux de Suisse romande.

En 1980, étant donné l'évolution des problèmes sociaux, l'institut d'études sociales réorganise la formation des travailleurs sociaux qui sera dorénavant basée sur un tronc commun entre l'animation socioculturelle, l'éducation spécialisée et le service social, menant à un diplôme en travail social mentionnant l'option spécifique choisie. Ce modèle est toujours en vigueur de nos jours dans les Hautes Ecoles de travail social mises en place dès 2002 dans toute la Suisse romande.

Dans l'ouvrage « *Histoire du travail social en Europe* », un tableau comparatif montre le développement des professions sociales en lien avec les problématiques de chaque époque<sup>49</sup>. Nous avons trouvé intéressant de reprendre quelques-unes des parties du tableau concernant le service social afin de mieux comprendre l'évolution de la profession en Suisse. Le vocabulaire utilisé s'est également adapté à ces changements.

<sup>48</sup> JOVELIN E., *Histoire du travail social en Europe*, Paris, Editions Vuibert, Collection perspectives sociales, 2008, p. 80

<sup>49</sup> Ibid, p. 85-88

Période	Service social	Problématiques concernées
<b>XIX<sup>e</sup> siècle</b>	Christianisme, philanthropie, moralisme, bureaux de bienfaisance, sociétés de secours mutuel, sociétés d'utilité publique, asiles de nuit	Paupérisme, pauvreté, oisiveté, immoralité, alcoolisme, insalubrité
<b>1900-1920</b>	Féminisme, assistance publique et privée, service social de police, tribunal pour enfants, dispensaires antituberculeux, enquêtes sociales	Pauvreté, alcoolisme, tuberculose, insalubrité, enfants vicieux, enfance maltraitée, prostitution
<b>1921-1930</b>	Hygiénisme, influence du droit, influence de la psychanalyse, service social privé, service social de la Croix-Rouge	Pauvreté, alcoolisme, tuberculose, enfance abandonnée, enfants dangereux
<b>1931-1940</b>	Psychologie	Endettement, chômage, enfance abandonnée, enfants déficients, délinquance
<b>1941-1950</b>	Hygiénisme, sciences humaines, service social hospitalier	Pauvreté, endettement, famille, enfance inadaptée, délinquance
<b>1951-1960</b>	Humanisme, psychosociologie, case-work, service social de groupe, service social d'entreprise	Réfugiés, blousons noirs, bandes de jeunes, handicap, problèmes familiaux, troubles psychologiques
<b>1961-1970</b>	Sociologie, dynamique de groupe, systémique, ethnologie, case-work, AS au sein de syndicats, travail social communautaire	Violence, marginalité, toxicodépendances, conflit de générations, délinquance
<b>1971-1980</b>	Systémique, intervention psychosociale, intervention familiale, travail en milieu ouvert, service social dans les écoles	Logement, réfugiés, toxicodépendances, inadaptation, vieillissement, marginalité
<b>1981-1990</b>	Intervention institutionnelle, intervention en situation de crise, évaluation, spécialisation	Précarité, nouvelle pauvreté, chômage, exclusion, sida, rupture scolaire, multiculturalisme
<b>1991-2000</b>	Systémique, travail de réseau, évaluation, nouvelle gestion publique, centres d'action sociale et de la santé (CASS), centres de réfugiés	Précarité, endettement, chômage, réfugiés, vieillissement, toxicodépendance, sida, délinquance, culture hip-hop, ruptures scolaires et professionnelles, exclusion, violence, maltraitance

### 3.4.2 Rôle et fonctions de l'AS

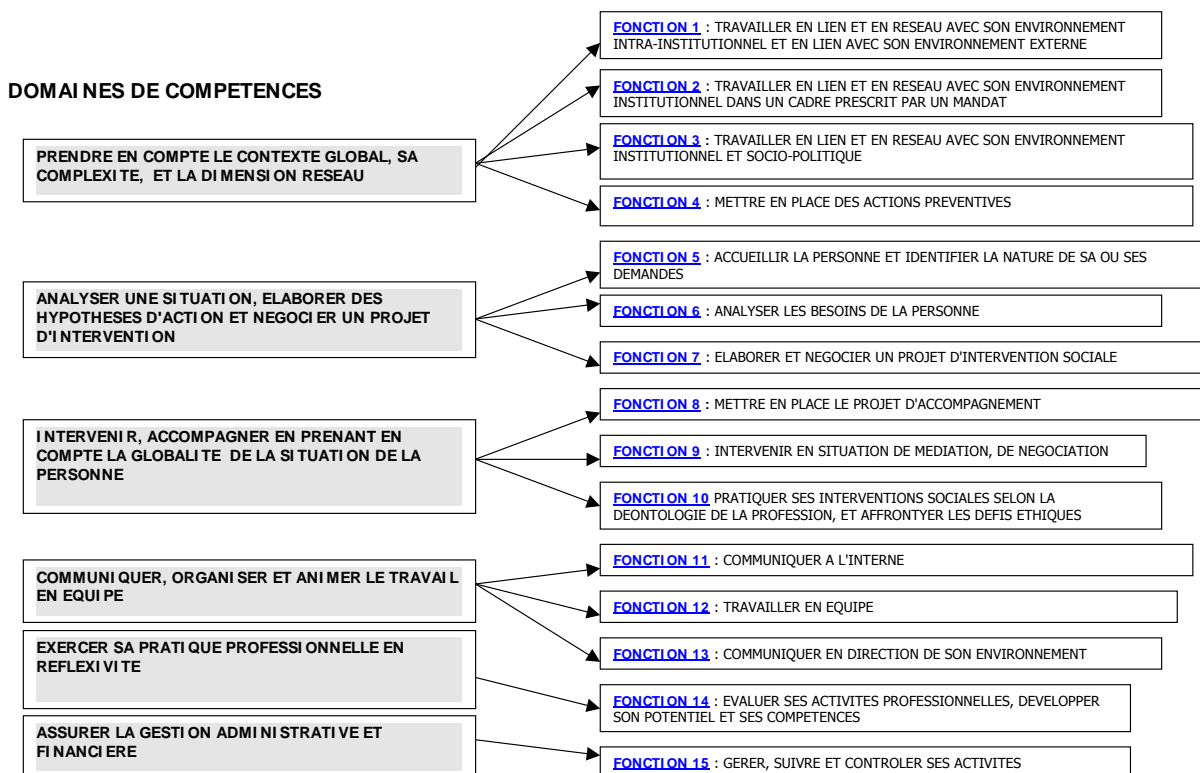
Selon le dictionnaire suisse de politique sociale, l'assistante sociale est définie de la manière suivante : « *L'assistant social exerce au nom de la collectivité, un service public de solidarité à l'égard des personnes, des groupes sociaux, concernés par un processus de désocialisation, de disqualification, voire d'exclusion. Il se situe sur une passerelle : intermédiaire entre les individus et les lois, médiateur entre la population et les institutions*<sup>50</sup> ». Son rôle d'intermédiaire fait que l'AS est sans cesse tiraillée entre la personne qui demande de l'aide et les directives institutionnelles et législatives qu'elle doit suivre. Cette tension est de plus en plus difficile à gérer dans notre société étant donné que la situation des demandeurs d'aide ne cesse de se complexifier. Dans l'ouvrage « *Assistante sociale aujourd'hui* », cette problématique est illustrée ainsi : « *De même, on attend du travail social qu'il sache interpréter la demande et les besoins des personnes, qu'il se positionne dans une certaine expertise et en même temps, il est prisonnier de la mise en œuvre des politiques sociales, de leurs dispositifs et de leurs procédures... Le travailleur social est appelé à les mettre en œuvre de façon dynamique, avec définition d'objectifs, conduite de projets, planification et évaluation de l'action ; le tout en respectant le droit des usagers et en sachant travailler en partenariat et en réseaux. Mais en même temps, il est pris dans une logique de rationalisation et de gestion, dans une logique de marché fonctionnant à l'offre et à la demande ; de sorte que se pose comme dans certains pays anglo-saxons, le problème de sa posture entre écoute et interprétation*

<sup>50</sup> FRAGNERE J.-P., GIROD Roger, *Dictionnaire suisse de politique sociale*, Lausanne, Editions Réalités sociales, Collection travail social, 1998, p. 29.



de la "demande" des usagers ou bien prestation de service le mettant dans la sphère de l'économie de marché et du consumérisme...<sup>51</sup> ».

Malgré ce contexte de travail qui nécessite un positionnement de chaque professionnelle, l'assistante sociale dispose de mandats de base qui vont s'adapter selon son lieu de travail. Si l'on prend en compte le référentiel de compétences pour la formation des assistantes sociales, on dénombre 15 fonctions principales classées en six domaines d'activités<sup>52</sup> :



Selon Alain Mulard, conseiller en développement de compétences dans le cadre du référentiel métier cité ci-dessus, « [...] la professionnalité de l'assistant social, sa "signature" professionnelle se construit dans la combinatoire complexe de ressources et de contextes évolutifs, autour d'une sorte de "navigation contradictoire et dialectique", turbulente, en conflit constant avec des "vents contraires" et des objectifs à écrire et à ré-écrire avec les personnes, la société du moment, dans un esprit de questionnement permanent sur les valeurs qui fondent son intervention<sup>53</sup> ».

<sup>51</sup> BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, p. 145-146

<sup>52</sup> Référentiel de compétences, p. 12

<sup>53</sup> MULARD A., *Compétences singulières du travail social: synthèse et regard critique sur le référentiel de compétences des métiers du social élaboré dans le cadre de la HES S2*, intervention tirée des actes de la journée ARTIAS « Entre décalages et tensions, quel futur pour le social ? », 29 novembre 2001, p. 12

### 3.4.3 Ethique et déontologie

#### 3.4.3.1 L'éthique

L'assistante sociale est amenée quotidiennement à se questionner sur le sens de son action. L'éthique fait partie de son métier et lui permet de faire des choix en accord avec ses valeurs. Avec le thème des personnes âgées dépendantes à l'alcool, nous avons émis l'hypothèse que le contexte socioculturel valaisan et d'autres éléments influencent la manière dont l'AS considère le problème. Dans ces autres éléments, nous pensons que l'éthique a largement sa place.

Selon Brigitte Bouquet, l'éthique est un impératif hypothétique : *« L'éthique est normative mais à l'inverse de la morale, ce ne sont pas des normes catégoriques mais des normes " hypothétiques " . La morale s'impose à l'homme de l'extérieur, l'éthique lui est intérieure. En ce sens, l'éthique est un ensemble de règles que l'homme se donne dans sa vie personnelle et sociale : elle est l'art de raisonner nos comportements et nos choix en fonction de nos propres valeurs<sup>54</sup> »*. G. Rocher parle des valeurs de la manière suivante : *« La valeur est une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaît comme idéal et rend désirables ou estimables les êtres s'y conformant. Les valeurs impliquent la notion de dépassement de la situation actuelle pour atteindre une situation jugée plus en rapport avec notre conception de la personne et de la société<sup>55</sup> »*. Ainsi, l'AS qui se retrouve face à une personne âgée dépendante à l'alcool va agir différemment selon ses convictions et l'éthique à laquelle elle adhère.

Il faut néanmoins rester attentif au fait que l'éthique ne guide pas l'action tout entière de l'AS. Celle-ci doit prendre en compte différents autres éléments comme le cadre législatif, la mission de son institution, les techniques et son expérience. L'éthique va donner un certain éclairage à l'action, où la personne aidée est respectée dans sa singularité et son autonomie. De plus, l'éthique n'est pas figée. Elle évolue au gré des personnes rencontrées, des situations, des nouvelles problématiques, comme le souligne Brigitte Bouquet : *« Le positionnement professionnel et éthique ne va pas de soi, il est constamment remis en question par les difficiles contradictions, par la manière de les résoudre individuellement ou collectivement, par les dérapages... L'éthique individuelle et professionnelle doit sans cesse être réactivée, réinstituée, au travers de nombreux questionnements et de nombreuses réflexions concrètes, s'appuyant sur une démarche fondée collectivement<sup>56</sup> »*.

#### 3.4.3.2 La déontologie

Si l'éthique signifie « comment faire ? », la déontologie signifie « que faire ? ». Selon Brigitte Bouquet, *« la déontologie est l'ensemble des règles de bonne conduite dont une profession se dote pour régir son fonctionnement au regard de sa mission. La déontologie apparaît ainsi à la fois comme un code d'autodiscipline choisi par une profession, et comme une source de garanties offertes à une clientèle<sup>57</sup> »*.

<sup>54</sup> BOUQUET B., *Ethique et travail social – Une recherche du sens*, Paris, Editions Dunod, Collection Action sociale, 2003, p. 15

<sup>55</sup> Ibid p. 26-27

<sup>56</sup> Loc. cit. p. 85

<sup>57</sup> Loc. cit. p. 152



D'après Mme Colette Siervo<sup>58</sup>, les règles de déontologie en travail social se fondent sur la confiance entre le bénéficiaire et le prestataire, la non-discrimination, la responsabilité de l'action, la discrétion, le secret professionnel, l'intérêt et la volonté de la personne.

La déontologie peut être transcrite sous différentes formes : codes de déontologie, chartes, manifestes, philosophie... Ces outils donnent des points de repères aux professionnels. Par exemple, en Suisse, l'association professionnelle Avenir social, a édicté un code de déontologie (annexe x) basé notamment sur la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, sur la charte sociale européenne et sur les objectifs sociaux de la Constitution fédérale. L'article 3, objectifs et fonctions, indique ceci : « 1. Le présent code définit les lignes de conduite à observer dans les domaines où le droit en vigueur ne prévoit pas de règles précises. 2. Il est un moyen pour déterminer et garantir la qualité de la pratique professionnelle<sup>59</sup> ».

### 3.4.4 Méthodologie d'intervention

#### 3.4.4.1 Introduction

Depuis les origines du travail social, les professionnels utilisent des méthodologies d'intervention qui évoluent au fil du temps et des changements sociaux. Ces méthodes s'adressent soit à un individu soit à un groupe et sont différentes selon la population avec laquelle nous travaillons. Dans l'ouvrage « Assistante sociale aujourd'hui », Brigitte Bouquet parle ainsi :

*« L'intervention sociale est une action volontaire dans le cadre d'une mission autorisée et/ou légale, menée par un travailleur social qualifié. Pour répondre à ses missions, atteindre son objectif, le travailleur social ne procède pas de façon instinctive, intuitive ou empirique, mais soumet son activité à une démarche intellectuelle raisonnée qui est une méthode. La méthode désigne ici l'ensemble concerté des opérations mises en œuvre pour atteindre un ou plusieurs objectifs. Ces différents modes d'interventions ont tous un patrimoine commun de connaissances, de valeurs, d'attitudes. Quant à la démarche méthodologique, elle est la même, comportant de façon identique les diverses phases de la méthode. En revanche, elle s'adapte au champ d'application, elle utilise de façon sélective certaines connaissances et tient compte du cadre institutionnel et de la législation sociale. Elle diffère surtout au niveau de la spécificité des objectifs, de la compétence et des moyens mis en œuvre<sup>60</sup> ».*

Comme nous le disons plus haut (cf. chapitre 3.4.1.2), les mutations de la société ne cessent de complexifier les situations des personnes. De ce fait, l'habileté de l'assistante sociale à manier et à adapter les méthodes est aujourd'hui primordiale pour que son action ait du sens. La professionnelle peut ainsi moduler les méthodes ou en créer pour qu'elles répondent au mieux à l'intérêt du client.

#### 3.4.4.2 Intervention sociale d'aide à la personne

L'intervention individuelle ou sociale d'aide à la personne est l'une des méthodes les plus utilisées en service social. L'assistante sociale prend en compte les besoins de la personne, va

<sup>58</sup> Explications données lors du cours sur l'éthique au module D6 en mai 2010

<sup>59</sup> Avenir social – Professionnels travail social Suisse, *Code de déontologie des professionnel-le-s du travail social*, Avenir social, 2006, 4 p.

<sup>60</sup> BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, p. 49-50

l'aider à résoudre ses problèmes, à augmenter ainsi son autonomie, son estime d'elle-même. Le processus est dynamique car le client est acteur de sa propre vie et il va co-construire son projet avec l'AS, comme indiqué dans l'ouvrage *Assistante sociale aujourd'hui* : « *Postulant que chaque personne doit avoir une place et un rôle dans la société, il s'agit dès lors de la mettre au cœur de l'intervention sociale, de travailler avec elle sa capacité à être sujet, et de créer les conditions qui vont lui permettre d'être partenaire des dispositifs qui la concernent, d'être acteur, d'exercer sa citoyenneté*<sup>61</sup> ».

L'outil principal utilisé par la professionnelle est l'entretien d'aide centré sur la personne qui a été développé par le psychologue Carl Rogers dans les années 1950. « *L'entretien est un élément essentiel de l'intervention individuelle car c'est dans l'entretien que la personne expose son problème, clarifie sa situation, recompose le sens de son histoire, de sa vie, émet desirs et souhaits, élabore son projet, et peu à peu se prend en charge*<sup>62</sup> ». Tout aussi importante est l'attitude de l'aidant qui va favoriser ou non la demande du client comme le souligne Carl Rogers : « *Sans vouloir assumer complètement les conclusions de ces diverses recherches, on peut du moins retenir quelques points. L'un d'eux est le fait que les attitudes et les sentiments du thérapeute importent bien plus que son orientation théorique. Ses processus et ses techniques sont moins importants que ses attitudes. Il faut noter également que c'est la façon dont ses attitudes et ses processus sont perçus qui compte pour le client, et que cette perception est cruciale*<sup>63</sup> ». L'empathie, le respect, l'authenticité, le non-jugement, l'écoute active, la congruence sont autant d'éléments qui vont amener un climat de confiance entre l'aidant et l'aidé.

Dans l'intervention individuelle, outre l'entretien, l'AS utilise également les ressources de la collectivité. Elle va soutenir le client pour l'obtention de prestations dont il a droit en se basant sur les législations et elle va également informer la personne sur les différents autres organismes et associations qui pourraient la soutenir.

A ses débuts, l'intervention individuelle restait confinée autour de l'individu sans le prendre en compte dans ses interactions sociales et sociétales. Au fil du temps, les professionnels se sont rendu compte que cette méthode amenait à l'exclusion des personnes les plus fragiles. Elle s'est donc peu à peu modifiée en incluant l'environnement social dans les interventions. D'une part, l'individu peut se situer par rapport à sa famille, ses amis, ses voisins..., d'autre part, il est considéré comme citoyen à part entière, avec ses droits et ses devoirs. « *Ce type d'intervention s'inscrit non seulement dans une relation avec la personne elle-même mais aussi dans le lien social et le tissu social ainsi que dans la cohésion sociale et la citoyenneté. Ce travail difficile est rendu possible par la finalité du travail social qui se veut un facteur de vie démocratique, tel que l'énonçait dans ses écrits, au début du siècle, Mary Richmond, et par la situation du travail social qui le place à l'interface de l'homme et de la société*<sup>64</sup> ».

---

<sup>61</sup> BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, p. 52

<sup>62</sup> Ibid p.51

<sup>63</sup> ROGERS Carl Ransom. *Le développement de la personne*. Paris : Dunod-InterEditions, 2005. Page 31

<sup>64</sup> BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, p. 53

### 3.4.4.3 L'accompagnement social

Depuis les années quatre-vingts, où sont nées un grand nombre d'associations luttant contre l'exclusion, est apparue l'expression « accompagnement social ». Cette notion est très en vogue de nos jours et certains considèrent qu'elle remplace la méthodologie d'intervention d'aide à la personne. Selon B. Bouquet et C. Garcette, l'accompagnement social est une fonction constitutive de l'aide centrée sur l'individu : *« L'accompagnement social vise à aider les personnes en difficulté à résoudre les problèmes générés par des situations d'exclusion, et à établir avec elles une relation d'écoute, de soutien, de conseil et d'entraide dans une relation de solidarité, de réciprocité et d'engagement de part et d'autre. [...] L'accompagnement social mise sur les capacités des personnes à développer leurs ressources propres, leurs capacités d'initiative et de choix, et leur possibilité de bâtir un projet de vie. Cette démarche orientée vers le " faire ensemble " est attentive aux processus de cheminement des personnes, à leur parcours<sup>65</sup> ».*

Dans l'ouvrage *« Handicap et accompagnement<sup>66</sup> »*, les auteurs ont décidé de ne pas donner une définition précise de l'accompagnement mais d'en expliquer les différentes composantes. Ainsi, accompagner c'est être compagnon, être présent à l'autre, être compagnon discret, être compagnon de parcours, être compagnon d'autonomie, accompagner en concertation et accompagner de façon sécurisante. L'accompagnement nécessite un laps de temps qui permette d'entrer réellement dans la relation avec l'autre. Pour les auteurs, l'accompagnement est aussi un art : *« Art au sens d'artisanat car il n'y a pas de solution stéréotypée à l'accompagnement et la formation, nécessaire pourtant pour l'accomplir, ne sera jamais l'apprentissage à appliquer des principes et des techniques prédéterminées. Art aussi au sens artistique car il s'agit de composer avec des dimensions différentes, qui peuvent entrer en conflit. (...) Art encore au sens d'artifice, non pas comme on le croit habituellement où artifice veut dire pacotille, ou dissimulation ou superficialité, mais artifice au sens où la chose est à fabriquer, à construire. L'accompagnement ne va pas de soi, il faut s'y mettre, s'y remettre, comme dans toute œuvre<sup>67</sup> ».*

### 3.4.4.4 Intervention collective

Nous avons décidé de ne pas approfondir la notion d'intervention collective étant donné que dans ce TB nous nous centrons plutôt sur l'aide individuelle. Nous avons tout de même choisi deux passages de texte qui expliquent bien ce que l'intervention collective apporte aux individus et ce qu'elle implique chez le professionnel car, à l'avenir, de telles méthodes seront peut-être utilisées dans l'accompagnement de personnes âgées dépendantes à l'alcool.

*« Le but de l'intervention collective est la prise en charge par le groupe ou la population de leurs problèmes afin d'arriver à une autonomie individuelle et sociale<sup>68</sup> ». « Le travail social avec des groupes est une méthodologie d'intervention qui a pour but d'aider chaque membre – mis en relation au sein d'un groupe constitué à cet effet, – à développer un système d'aide mutuelle pour faire face à ses propres besoins et à ses problèmes, à concrétiser ses possibilités par l'exercice de différents rôles utiles pour assumer ses responsabilités. Elle vise la transformation simultanée de la personne*

<sup>65</sup> BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, p. 54

<sup>66</sup> STIKER H.-J., PUIG J., HUET O., *Handicap et accompagnement – Nouvelles attentes, nouvelles pratiques*, Paris, Editions Dunod, 2009

<sup>67</sup> Ibid p. 132

<sup>68</sup> BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, p. 55.

et de son environnement social, se fonde sur la participation et les échanges pour enrichir la vie personnelle et sociale de la personne<sup>69</sup> ».

« Le travailleur social a pour fonction le soutien et la stimulation de l'aide mutuelle et va aider le groupe, librement constitué, à s'organiser lui-même, à définir ses objectifs, tout en s'attachant à résoudre les conflits entre membres. Il joue le rôle de facilitateur de l'action du groupe et travaille " avec " le groupe plutôt que " pour " le groupe. Il cherche avant tout à donner aux personnes la capacité d'arriver à un résultat par elles-mêmes<sup>70</sup> ».

#### 3.4.4.5 Le travail en réseau

##### 3.4.4.5.1 Pourquoi travailler en réseau ?

Selon Guy Le Boterf, les réseaux sont nécessaires car ils permettent de gérer des situations de plus en plus complexes grâce à la mobilisation de l'intelligence collective<sup>71</sup>. Comme le titre de son ouvrage, « travailler efficacement en réseau » est une compétence collective mais qui ne va pas de soi. Autant un réseau peut-être une formidable source d'enrichissement collectif, autant ses dérives peuvent mener à l'incompétence. Et elles sont nombreuses !

Les réseaux peuvent engendrer de l'innovation grâce à la confrontation des idées et des raisonnements. Ils permettent de dépasser l'accumulation de savoirs individuels en créant de nouvelles synergies. Le travail en réseau a également pour fonction de compléter les prescriptions liées à un métier. Par exemple, un cahier des charges reste souvent global et incomplet comme l'explique M. Le Boterf : « Le travail d'un collectif pour tirer en permanence les leçons de son expérience, pour partager et " mutualiser " les pratiques de ses membres devient une nécessité pour savoir réagir lorsque les prescriptions ne sont pas des consignes strictes, mais des orientations générales à interpréter. Il faut pouvoir et savoir coopérer et travailler en réseau pour affronter un événement ou une situation nouvelle, réagir à l'imprévu, inventer face à l'inédit, gagner du temps en ne cherchant pas à réinventer ce qui a déjà été expérimenté<sup>72</sup> ». Les réseaux sont aussi des lieux de professionnalisation grâce à l'échange de pratiques.

<sup>69</sup> BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, p. 56.

<sup>70</sup> Ibid. p. 57

<sup>71</sup> LE BOTERF G., *Travailler efficacement en réseau – Une compétence collective*, Deuxième édition, Paris, Editions d'Organisation Groupe EYROLLES, Collection Ressources humaines, 2008, p.9

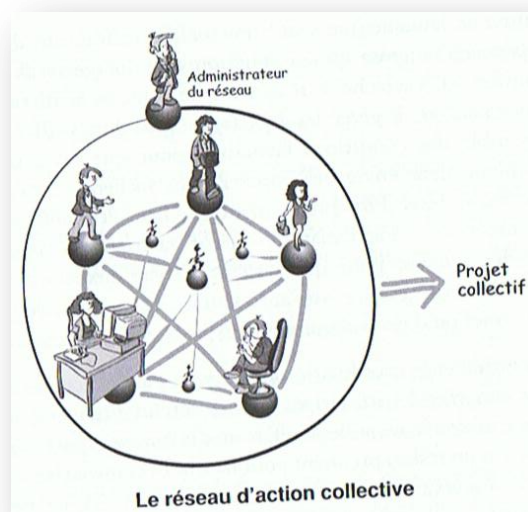
<sup>72</sup> Ibid. p. 20-21

### 3.4.4.5.2 Typologie des réseaux

Guy Le Boterf propose quatre types de réseaux<sup>73</sup> qui sont présentés sur la base de leur mission principale :

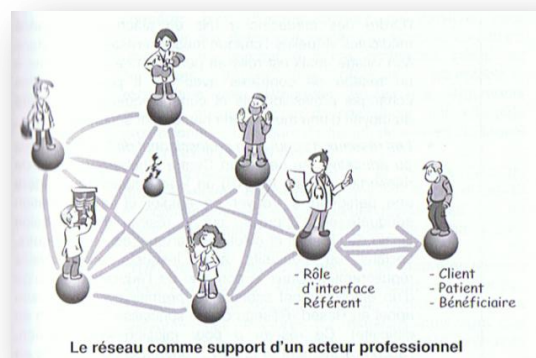
#### ■ Les réseaux d'action collective :

Ces réseaux sont créés pour un objectif bien précis comme le développement d'un projet, la mise à jour d'un outil ou d'une méthode, la conception d'un nouveau service, etc. Ils sont commandités par un client, un service ou une institution. Il est important de définir un pilote du réseau qui veille à maintenir le lien entre les acteurs et qui gère la transmission des informations. Ce type de réseau évolue au fil de l'avancée du projet.



#### ■ Les réseaux de support d'un acteur individuel ou collectif :

C'est un réseau que le professionnel utilise afin de répondre aux demandes de ses clients. Il peut y chercher les ressources dont il a besoin pour compléter ses savoirs. Ces connaissances peuvent être des personnes-ressource ou des supports documentaires. Ces réseaux sont souvent informels et précieux.

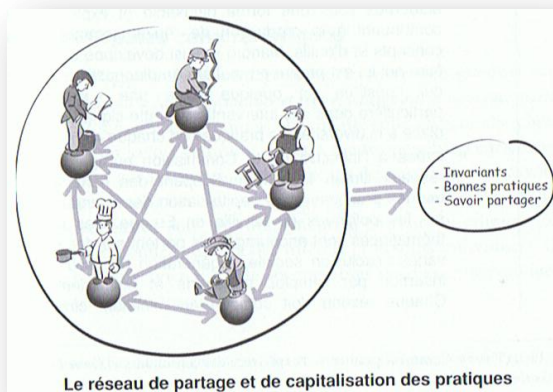


<sup>73</sup> LE BOTERF G., *Travailler efficacement en réseau – Une compétence collective*, Deuxième édition, Paris, Editions d'Organisation Groupe EYROLLES, Collection Ressources humaines, 2008, p. 29-57



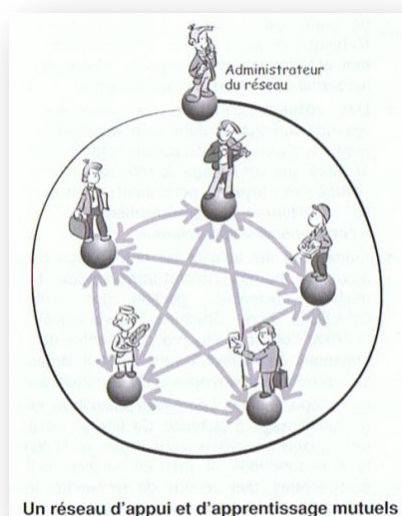
### ■ Les réseaux de partage et de capitalisation des pratiques :

Ces réseaux permettent l'échange de méthodes professionnelles et la création de savoirs communs. « Ils visent à engager un processus de création de connaissances et de construction de pratiques innovantes. Transférer, c'est créer du savoir collectif permettant d'améliorer les pratiques de chacun et de les faire converger<sup>74</sup> ». Pour ce faire, il est impératif que les professionnels prennent du recul par rapport à leurs procédés. Ces réseaux sont parfois appelés « communauté de pratique ».



### ■ Les réseaux d'appui et d'apprentissage mutuel :

Ces réseaux ont pour but l'enrichissement des uns par les autres et non la création d'un savoir collectif. Ils répondent à des intérêts et besoins individuels. Chaque membre est à la fois enseignant et étudiant. « Les représentations que l'on a de soi et des autres évoluent. En reconnaissant que chacun sait quelque chose, on valorise des savoirs qui ne sont pas habituellement reconnus socialement. En annonçant ce que l'on ne sait pas, ses déficits et ses lacunes, on ouvre la possibilité à l'autre d'apporter ce qu'il sait, on lui offre la possibilité de se valoriser. Celui qui demande crée une situation où l'autre peut devenir offreur. Chacun en vient à s'interroger : " En quoi puis-je être utile à l'autre ? En quoi ce que je sais est-il susceptible d'intéresser les autres ? " Donateurs et donataires s'engagent dans une relation mutuellement valorisante<sup>75</sup> ».

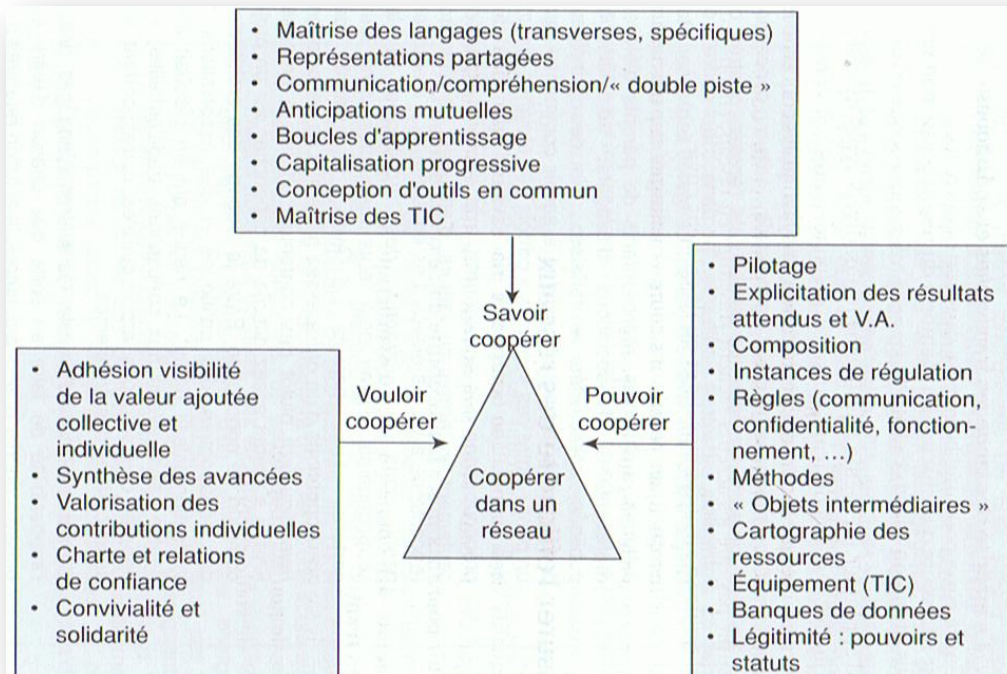


<sup>74</sup> LE BOTERF G., *Travailler efficacement en réseau – Une compétence collective*, Deuxième édition, Paris, Editions d'Organisation Groupe EYROLLES, Collection Ressources humaines, 2008, p. 48

<sup>75</sup> Ibid. p. 54

### 3.4.4.5.3 Les conditions de réussite

Selon Guy Le Boterf, l'efficacité des réseaux est basée sur la qualité de la coopération ainsi que sur le savoir coopérer, le pouvoir coopérer et le vouloir coopérer<sup>76</sup>. Le tableau ci-dessous résume tous les éléments nécessaires à un réseau efficient :



### 3.4.4.5.4 Les dérives possibles

Les réseaux sont susceptibles de rencontrer plusieurs difficultés qui peuvent nuire fortement à leur utilité. Premièrement, le réseau peut être confronté à la routine. C'est-à-dire que les situations se répètent et qu'une sorte de conformisme s'installe sans que l'innovation et la nouveauté attendues apparaissent. Ce problème est assez récurrent et émerge après une première période motivante et innovante. Il peut également arriver que le réseau stagne si l'animateur perd les commandes et le contrôle. Beaucoup d'énergie va alors être déployée sans aucun résultat conduisant au désengagement.

Deuxièmement, un réseau n'est plus efficace lorsque certaines personnes prennent le pouvoir en ne partageant plus les informations qu'elles jugent trop importantes. Le pouvoir peut également s'installer entre plusieurs éléments et nuire à la communication qui devrait être horizontale. Une sorte de hiérarchie ou d'élite va se former et ainsi chacun va rester cloisonné dans ses logiques.

Troisièmement, le réseau peut souffrir d'encombrement lorsqu'il y a surabondance d'informations et de personnes. Les idées fuseront et la pagaille prendra le dessus. Certains se sentiront de trop.

<sup>76</sup> LE BOTERF G., *Travailler efficacement en réseau – Une compétence collective*, Deuxième édition, Paris, Editions d'Organisation Groupe EYROLLES, Collection Ressources humaines, 2008, p.74-75

Il existe bon nombre d'autres dérives des réseaux tels le transfert, la juxtaposition, l'injonction paradoxale et le pillage, que nous ne développons pas dans ce TB étant donné que notre recherche n'est pas centrée sur ce thème.

#### 3.4.4.5.5 Travailler en réseau pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à l'alcool

Le travail en réseau est indispensable pour l'accompagnement de la personne âgée dépendante à l'alcool. D'une part, cet assujettissement n'est pas seulement une source de souffrance pour le consommateur mais également pour son entourage. D'autre part, ce n'est souvent pas un professionnel chevronné en addictologie qui découvre cette problématique mais souvent le personnel soignant, des bénévoles, des travailleurs sociaux ou une personne de son entourage. De ce fait, ouvrir le dialogue sur le sujet de la consommation avec lui et passer le relais aux professionnels adéquats se révèlent indispensables. Comme le précise P. Menecier, « *Pour autant, la démarche reste similaire dans tous les cas : envisager, prêter attention à ce que la personne âgée fera savoir ou laissera voir de sa relation à l'alcool et de ses conséquences. Ne pas dénier, ne pas fuir une question qui dérange, mais tenter de répondre dans la mesure des connaissances, des compétences, des possibilités, et toujours proposer de relayer. Mais aussi éviter d'agir seul, isolé dans ce coin complexe, où la pluridisciplinarité et l'équipe sont des supports essentiels*<sup>77</sup> ».

### 3.4.5 Techniques et outils

#### 3.4.5.1 *Le projet*

De nos jours, il n'y a pas d'intervention sociale sans projet. Le projet est en principe co-construit entre le travailleur social et son client, en respectant le cadre de l'institution et de la société. Le projet peut être intégré aux méthodologies d'intervention car il s'élabore avec les mêmes phases : identification, étude de faisabilité et analyse, plan d'action, mise en œuvre, évaluation.

Selon Pierre Boutinet, le projet est défini par quatre éléments :

- « *il vise une préoccupation diffuse et consciente qui oblige l'individu à savoir ce qu'il veut et comment il souhaite s'orienter pour le réaliser ;*
- *il est une projection dans l'avenir et concerne une anticipation de l'action ;*
- *il met en évidence le rôle de l'acteur individuel ou collectif qui devient auteur de son propre projet ;*
- *enfin, il ordonne la créativité et l'innovation. Le projet est volontariste, dynamique, résolument constructif*<sup>78</sup> ».

<sup>77</sup> MENECHIER P., *Boire et vieillir – Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection L'âge et la vie – prendre soin des personnes âgées, 2010, p. 67-68

<sup>78</sup> Ibid. p. 65



### 3.4.5.2 Le contrat

S'il était depuis les origines du travail social utilisé à titre symbolique, le contrat est devenu l'outil principal des services sociaux depuis le début des années 1990. Il se base sur plusieurs principes : la participation active des demandeurs d'aide à leur développement, leur autodétermination et la reconnaissance des personnes comme étant des citoyens avec leurs droits et devoirs envers la société.

Le contrat n'est pas une finalité en soi mais un outil qui permet de diriger l'action. Dans la méthodologie d'intervention, il apparaît après l'évaluation de la situation et il va déterminer les objectifs et délais à poursuivre dans la suite de la collaboration. Ceux-ci vont être négociés entre le client et le travailleur social. Il est toujours tripartite car il fait intervenir l'institution, le travailleur social et le client. A son terme, ce n'est pas forcément la réussite de tous les objectifs qui va être évaluée mais le processus d'action et la participation active de la personne. De plus, il doit rester flexible et devrait être objet à négociation lorsque l'une des parties aimerait le modifier afin qu'il reste un outil pédagogique et non une barrière à l'avancement de la personne.

### 3.4.6 Contextes de travail auprès des personnes âgées en Valais

#### 3.4.6.1 Les institutions destinées aux personnes âgées

En Valais, une assistante sociale désirant travailler avec des personnes âgées peut exercer dans les lieux suivants :

- **Pro Senectute Valais**<sup>79</sup> : C'est une fondation privée à but non lucratif fondée en 1929 dans notre canton, après la fondation Pro Senectute Suisse fondée en 1917. Pro Senectute Valais propose des conseils gratuits aux personnes âgées et à leurs proches pour des problèmes personnels, financiers et administratifs. Elle organise également des activités sportives, des cours de formation et des actions préventives.
- **Centres médico-sociaux**<sup>80</sup> : Ces centres régionaux offrent des prestations médico-sociales à toute la population du canton : soins infirmiers, aide familiale, aide sociale, conseils et soutien lors de problèmes personnels, accès aux droits, repas, aide à domicile, etc. Certains CMS gèrent des appartements protégés pour les personnes âgées.
- **Services de tutelles** : Ces lieux ont pour mission la mise en œuvre des mesures légales de protection que sont la curatelle, le conseil légal et la tutelle.
- **Addiction Valais**<sup>81</sup> : Cette fondation mandatée par l'Etat du Valais a deux principales missions : l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction ainsi que la prévention.

<sup>79</sup> Pro Senectute Valais. (en ligne) Adresse URL : <http://www.vs.pro-senectute.ch/> (Site consulté le 17.10.2011)

<sup>80</sup> Groupement valaisan des centres médico-sociaux. (en ligne) Adresse URL : <http://www.cms-smz-vs.ch/> (Site consulté le 17.10.2011)

<sup>81</sup> Addiction Valais. (en ligne) Adresse URL : <http://www.addiction-valais.ch/> (Site consulté le 17.10.2011)

Des AS peuvent également rencontrer des personnes âgées dans différentes associations, cliniques... mais dans une moindre mesure. Des postes d'AS dans les établissements médico-sociaux (EMS) n'existent pas pour l'heure en Valais mais pourraient se développer à l'avenir.

#### 3.4.6.2 Formations spécifiques pour l'accompagnement des personnes âgées

Dans la formation de base des assistants sociaux à la HES-SO Valais, seul un module obligatoire de psychologie attribue deux journées sur le développement de la personne âgée. Un atelier de deux jours en option peut être choisi sur le thème de l'animation en EMS. Un module à option sur un semestre peut également être choisi sur un projet intergénérationnel.

Comme pour beaucoup de domaines, la formation de base ne permet pas de spécialisation. Les AS désireux d'étayer leurs connaissances sur les personnes âgées devront suivre de la formation continue auprès de la Croix-Rouge par exemple ou d'autres centres de formation.

#### 3.4.6.3 Changement de paradigme dans l'accompagnement des personnes dépendantes à l'alcool<sup>82</sup>

Nous allons décrire ci-dessous les différentes étapes qui se sont succédées dans ce domaine afin de comprendre de quelle manière les professionnels d'Addiction Valais sont arrivés aujourd'hui à considérer le problème des dépendances à l'alcool.

Dans les années 1970-1980, les personnes souffrant d'alcoolisme étaient en rupture sociale et elles étaient considérées comme marginales. Elles étaient accompagnées grâce à une approche sociale du problème.

Plus tard, dans les années 1990, l'approche médicale prime. L'alcoolisme, comme toutes les toxicomanies, est associé à des maladies. Cela change complètement le regard porté sur les personnes dépendantes. Elles passent d'un statut de victimes à celui de personnes souffrantes qui ont droit à de l'aide et des soins.

Dès les années 2000, les professionnels se rendent compte qu'il existe souvent d'autres problèmes associés à la consommation de substances psychoactives, appelées les comorbidités<sup>83</sup>. L'approche va donc cesser d'être clivée entre le médical et le social et va devenir psychosociale.

Aujourd'hui, la toxicomanie est perçue comme la synergie d'un ensemble de facteurs. Les professionnels se penchent vers une approche intégrée, plus techniquement nommée approche bio-psycho-sociale. Celle-ci permet aux professionnels de considérer la situation sous trois angles différents : la personne, son contexte et le produit.

---

<sup>82</sup> D'après le cours de Pierre Mancino, Professeur à la HETS à Genève et responsable du Toulourenc à Genève

<sup>83</sup> « La comorbidité, ou double diagnostic, est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme la «cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique» ([OMS, 1995](#)). Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), une personne ayant un double diagnostic est «une personne qui a été diagnostiquée comme présentant un abus d'alcool ou de drogue en plus d'un autre diagnostic, habituellement de nature psychiatrique, par exemple un trouble de l'humeur, une schizophrénie» ([ONUDCPC, 2000](#)). En d'autres termes, la comorbidité dans ce contexte fait référence à la coexistence temporelle de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité, dont l'un deux est la consommation problématique de drogue. » (en ligne). Adresse URL : <http://ar2004.emcdda.europa.eu/fr/page119-fr.html> (Site consulté le 17.10.2011)

Cette approche bio-psycho-sociale favorise le travail en réseau et la transdisciplinarité. Un ensemble de travailleurs, chacun spécialisé dans son domaine, vont apporter leurs compétences et ainsi trouver une réponse commune.

Un changement de paradigme a eu lieu non seulement dans les différentes approches du problème comme cité ci-dessus mais également dans la prise en charge de la dépendance. Alors qu'auparavant les personnes toxicodépendantes souhaitant « guérir » n'avaient pour seul choix l'abstinence, de nos jours, les traitements sont nettement plus évolués. La consommation contrôlée ou la réduction des risques font aujourd'hui leurs preuves.

#### 3.4.6.4 *Comment accompagner une personne âgée dépendante à l'alcool ?*

Selon P. Menecier, la première étape de cet accompagnement est le dépistage du problème lié à la consommation d'alcool. En raison de l'âge, les aînés ont souvent des problèmes physiques et/ou psychiques qui peuvent interagir avec une consommation d'alcool comme expliqué plus haut. Il existe des outils de repérage qui s'adressent plutôt au personnel soignant ou aux professionnels des addictions comme le taux d'alcoolémie, le dosage des CDT ou le calcul du taux de globules rouges dans le sang. Cependant, l'outil le plus adéquat pour les assistants sociaux est l'entretien. Comme le souligne P. Menecier, « *La parole reste le plus simple et le plus facile d'emploi. Un entretien dirigé autour de la consommation d'alcool et surtout de ses conséquences est un outil irremplaçable (INSERM, 2003). Mais parler d'alcool avec un aîné n'est pas simple. L'abord des questions d'alcool est souvent déstabilisant pour des soignants qui redoutent une dénégation de la part de la personne supposée en difficulté avec l'alcool. Tout l'enjeu consiste à pouvoir parler d'alcool, sans heurter, en évoquant les conséquences de la consommation, le ressenti de la personne âgée ; à pouvoir, sans évitement, esquisser la confrontation trop directe*<sup>84</sup> ».

Dans l'ouvrage « *Vouloir changer – Une approche axée sur le client traitant de l'usage d'alcool et de médicaments chez les aînés* », il est précisé qu'il est important d'avoir établi une bonne relation de confiance avec le client pour entamer ce sujet. Il est également essentiel de choisir la bonne occasion pour lui en parler et de ne pas systématiser tout un entretien centré sur la consommation d'alcool, ce qui pourrait l'apeurer.

Comme le disent les auteurs, il est primordial de se centrer sur les préoccupations immédiates de la personne âgée en la questionnant sur son mode de vie, son alimentation, ses pertes, sa santé, sa mobilité, ses fonctions sensorielles et sa consommation d'alcool ou d'autres drogues. Dans cette étape, le professionnel va évaluer son état d'esprit, sa conscience du problème et son envie de changer ou non. Cet état des lieux est la première phase tirée de la théorie du changement de Prochaska. Composée de six étapes, cette méthode permet d'accompagner tout être ayant des problèmes de dépendance quelle que soit sa position actuelle. Pour chacune des étapes, le spécialiste intervient de manière différente. Le tableau qui suit résume les différentes étapes et interventions possibles<sup>85</sup> :

<sup>84</sup> MENEcier P., *Boire et vieillir – Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection L'âge et la vie – prendre soin des personnes âgées, 2010, p. 86

<sup>85</sup> Tout le tableau est tiré de l'ouvrage : *Vouloir changer : Une approche axée sur le client traitant de l'usage d'alcool et de médicaments chez les aînés*, Editions cahm, 1998, p. 52 à 59. Les guillemets n'ont pas été utilisés pour faciliter la lecture.

<b>Etapes</b>	<b>Le client</b>	<b>L'intervenant</b>
1. Inaction	« <i>Je ne veux pas changer et je n'ai pas besoin de changer</i> »	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Montrer au client qu'il est respecté et que l'on s'intéresse à son point de vue.</li> <li>▪ Discuter des effets positifs et négatifs de la consommation du client.</li> <li>▪ Sans être menaçant, saisir les occasions de tisser un lien entre l'usage d'alcool ou de médicaments et les problèmes du client.</li> <li>▪ Préparer le terrain en travaillant les aspects du problème que le client souhaite changer.</li> </ul>
2. Prise de conscience	« <i>J'aimerais ça changer. Je le ferai peut-être un jour</i> »	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aider le client à aller au-delà de son incertitude.</li> <li>▪ Parler des conséquences positives et négatives de l'alcool dans sa vie. Parler également de la gratification immédiate lorsque la personne consomme.</li> <li>▪ Aider le client à reconnaître que sa consommation ne correspond pas à ses valeurs et croyances ni à son image.</li> <li>▪ Montrer au client qu'il peut effectivement changer.</li> </ul>
3. Préparation	« <i>Je veux changer, mais je n'ai pas encore décidé comment m'y prendre</i> »	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inciter le client à jeter un regard neuf sur sa vie et sa consommation d'alcool.</li> <li>▪ Encourager le client à se concentrer sur les aspects positifs du changement et à reconnaître ses peurs.</li> <li>▪ Aider le client à concevoir des stratégies qui l'aideront à apporter des changements.</li> <li>▪ Informer le client sur les options de traitement possibles.</li> </ul>
4. Action	« <i>Je vais remplacer mes comportements malsains par des activités plus saines</i> »	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inciter le client à se prendre en charge et à avoir confiance en son potentiel.</li> <li>▪ Aider le client à comprendre ses points forts et ses points faibles pour se fixer des objectifs réalistes.</li> <li>▪ Parler des stratégies d'adaptation.</li> <li>▪ Aider le client à déterminer les activités saines qu'il souhaite poursuivre.</li> </ul>
5. Maintien	« <i>Je m'adapte à mes nouvelles habitudes et à mon nouveau style de vie</i> »	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aider le client à apprécier les avantages de son nouveau mode de vie.</li> <li>▪ Repérer et renforcer les changements positifs apportés.</li> <li>▪ Aider le client à se construire une nouvelle vie.</li> <li>▪ Renvoyer le client à un groupe d'entraide.</li> <li>▪ Aider le client à déterminer les situations propices à la rechute et à prévoir des stratégies d'adaptation.</li> </ul>
6. Aboutissement	« <i>J'ai changé pour de bon</i> »	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Féliciter le client pour avoir réussi à modifier sa consommation d'alcool.</li> <li>▪ Aider le client à déterminer et à éviter les situations risquées.</li> </ul>
La rechute : « <i>c'est un retour au niveau problématique de consommation après une période d'abstinence ou de réduction de la consommation</i> <sup>86</sup> ».		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire preuve de compassion.</li> <li>▪ Aider la personne à se centrer sur ses réussites antérieures.</li> <li>▪ Aider la personne à considérer la rechute comme une occasion d'apprendre et non comme un échec.</li> <li>▪ Evaluer les facteurs qui ont mené à la rechute et trouver de nouvelles stratégies.</li> <li>▪ Evaluer les besoins du client.</li> </ul>

<sup>86</sup> *Vouloir changer : Une approche axée sur le client traitant de l'usage d'alcool et de médicaments chez les aînés*, Editions cahm, 1998, p. 58

Pour évaluer la situation et intervenir dans les bonnes proportions, les professionnels doivent connaître ces différentes étapes.

Il est également important que les AS soient formés sur les différents autres éléments théoriques liés aux problèmes d'addiction comme les concepts de déni ou de codépendance. Tous les professionnels en lien avec des personnes âgées doivent-ils impérativement connaître ces éléments liés aux addictions ou seuls ceux d'Addiction Valais sont-ils concernés? Lorsqu'un problème de dépendance à l'alcool est détecté par un AS de Pro Senectute, accompagne-t-il la personne dans cette roue du changement ou la redirige-t-il vers Addiction Valais ? Ces questions restent ouvertes et sont discutées dans notre analyse (cf. chapitre 6.3.1)

### 3.4.7 Le concept de la profession d'assistante sociale, en résumé

L'association initiale des AS aux infirmières influence certainement leur représentation de nos jours. Les métiers « sociaux » sont issus de la charité chrétienne et se sont peu à peu professionnalisés. Au cours de l'histoire, les rôles et fonctions des AS ont beaucoup évolué, et sont encore en perpétuelle redéfinition.

Les différents enjeux actuels liés à la profession nous permettent de comprendre ce que vivent les AS que nous avons interrogés lors de notre recherche. L'éthique et la déontologie sont la base de toutes les actions des AS. L'éthique est particulièrement importante dans notre thème qui touche un sujet sensible.

Parmi les méthodes et techniques utilisées par les AS dans l'accompagnement, la plus importante est l'entretien motivationnel, le principal outil des intervenants en addiction.

## 3.5 Le contexte socio-culturel valaisan

### 3.5.1 Historique de l'alcool<sup>87</sup>

L'alcool existe depuis des milliers d'années et le regard porté sur lui a évolué avec le temps. En effet, il a passé de boisson sacrée à remède ou poison. Il laisse sa trace déjà à l'époque Néolithique où il était fabriqué grâce à la fermentation des céréales et d'autres aliments. Les notions de méfaits dus à la consommation abusive et chronique de l'alcool étaient reconnues dans chaque société. Elles relevaient de la justice et de la morale, jusqu'à ce qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle où les dépendances et les abus ont été reconnus comme des problèmes de santé physique et psychique.

Les étapes de fabrication, de production et de commercialisation de l'alcool ont été retrouvées sur des papyrus égyptiens. Il y était également écrit que les adolescents, les jeunes adultes et les femmes devaient s'en tenir à une abstinence ou à une consommation vraiment modérée.

Chez les Grecs et les Romains, le peuple ne connaissait pas les effets enivrants de l'alcool. Ils pensaient qu'il leur permettait de découvrir le monde des Dieux. Il était consommé lors de la fête

<sup>87</sup> Ce chapitre est tiré du site stop-alcool.ch. (en ligne) Adresse URL : <http://www.stop-alcool.ch/>, (Site consulté le 18.10.2011)

dédiée à Dionysos, dieu du vin et de la transe. Toutefois, la société n'acceptait pas les abus et il fallait en boire modérément afin d'éviter les orgies. Ces dernières étant incontournables, le sénat romain finit par interdire cette fête.

Au Moyen-âge, ces fêtes auparavant mystiques devinrent des « orgies sauvages<sup>88</sup> ». L'Eglise poussa le peuple à devenir abstinent ou à avoir une consommation modérée d'alcool en punissant sévèrement quiconque présentait les signes de l'ivresse. Elle considérait cet état comme un péché païen. Malgré cela, cette punition ne provoqua que peu d'intérêt auprès du peuple. L'alcool permettait à certains pays d'Occident de s'enrichir grâce à son exploitation et son exportation. De plus, étant donné que la qualité de l'eau potable se détériora, elle fut remplacée par des boissons alcoolisées.

Plus tard et jusqu'au XV<sup>e</sup> siècle, l'alcool fut reconnu comme un précieux remède suivant les régions. Seuls les riches pouvaient s'en procurer auprès des apothicaires.

A l'époque de la crise industrielle, au XVIII<sup>e</sup> siècle, les adultes en situation précaire consommaient de l'alcool afin d'oublier leurs pénibles conditions de vie. C'est en 1849 que le terme « alcoolisme » a été utilisé pour la première fois par le docteur Magnus Huss. C'est à partir de cette période qu'ont été formés des mouvements d'aide pour personnes dépendantes, telles que la Croix Bleue<sup>89</sup> protestante ou la Croix d'or<sup>90</sup> catholique, à Genève.<sup>91</sup>

Finalement, les Alcooliques Anonymes (AA), ont été fondés par deux anciens buveurs devenus abstinents, en 1935. Ils ont mis sur pied une méthode d'intervention basée sur le vécu de chacun.

### 3.5.2 Historique de l'alcool en Valais

Nos anciens valaisans ont certainement été influencés par leurs amis nord-italiens et tessinois. En effet, ces derniers sous l'influence celtique et grecque exportaient leur vin. Les archéologues n'ont trouvé aucune trace de vinification dans notre canton. Toutefois, des fragments d'amphores retrouvés dans le Haut-Valais prouvent que les Valaisans appréciaient les crus méditerranéens. Le vin consommé en Valais était certainement importé. Une analyse a été menée au lac de Montorge sur des restes de végétaux et certifie qu'une activité viticole était bien présente entre 800 et 600 ans avant J.-C.

A l'époque romaine, les Valaisans avaient un goût bien prononcé pour le vin. Bien qu'ils appréciaient leurs produits locaux, ils décidèrent d'importer également du vin étranger. Puis, à partir du II<sup>e</sup> siècle après J.-C., la viticulture prit de l'ampleur et les importations diminuèrent.

Au Moyen-âge, les vignes étaient cultivées par des paysans qui devaient payer le cens aux seigneurs concernés. Ainsi, les familles paysannes bénéficiaient des récoltes viticoles et

<sup>88</sup> Stop-alcool.ch. (en ligne) Adresse URL : <http://www.stop-alcool.ch/fr/informations-diverses-sur-la-substance/histoire-de-la-consommation-d-alcool>, (site consulté le 18.10.2011)

<sup>89</sup> La Croix-bleue. (en ligne) Adresse URL : <http://www.croix-bleue.ch/>, (site consulté le 18.10.2011)

<sup>90</sup> Alcool assistance anciennement la Croix d'or. (en ligne) Adresse URL : <http://www.alcoolassistance.net/>, (site consulté le 18.10.2011)

<sup>91</sup> Stop-alcool.ch. (en ligne) Adresse URL : <http://www.stop-alcool.ch/fr/informations-diverses-sur-la-substance/histoire-de-la-consommation-d-alcool>, (site consulté le 18.10.2011)



considéraient le vin comme une denrée alimentaire subvenant à leurs besoins annuels. A cette époque, aucun échange commercial lié à la production viticole n'existait<sup>92</sup>.

Puis entre 1500 et 1850, les familles commencèrent à tirer des avantages de ces cultures. Les plus ingénieux investissaient dans les échanges commerciaux et vendaient leur production de vin à des auberges. Ils approvisionnaient également le Haut-Valais qui était encore non-viticole. Durant cette époque, certains paysans cherchèrent des techniques afin d'améliorer la qualité du vin<sup>93</sup>.

Enfin vint l'époque contemporaine. Suite à la guerre du Sonderbund, le commerce de la viticulture évolua. Les terres appartenant à l'Eglise furent attribuées aux familles riches du Valais ainsi qu'à des investisseurs Vaudois. Ces personnes s'attribuèrent la commercialisation du vin en fondant les premières entreprises viticoles. Suite à la crise économique des années 1920, les commerçants durent s'organiser et c'est ainsi que sont nées les Caves coopératives Provins. Cette branche viticole se professionnalisa et le vignoble valaisan crût de plus en plus puis finit par se faire nommer premier canton viticole Suisse en 1957.

Dès les années 1950, la Constitution fédérale imposa des bases législatives sur la viticulture qui ne cessèrent d'augmenter et de se développer (Cf. chapitre 1.7). Le dilemme principal des vigneron concernait alors le choix de produire plutôt du vin en quantité ou du vin de qualité. Les professionnels ont décidé de rechercher des moyens pour assurer la qualité comme patrimoine de ce canton viticole<sup>94</sup>. C'est en 1991 que le label AOC, appellation d'origine contrôlée, est développé. Ce dernier garantit la qualité et l'authenticité du vin. Puis, la Confédération décide de poser des normes à respecter, ainsi les vignerons ne peuvent produire que tant de kilos au mètre carré en fonction des cépages<sup>95</sup>.

### 3.5.3 Les occasions culturelles en rapport avec l'alcool

La consommation d'alcool, mais surtout du vin en Valais est synonyme de convivialité. Il existe différentes traditions quelque peu perdues et plusieurs événements valaisans donnant une place importante au vin. Cet alcool rassemble tout un chacun, il est signe de fête<sup>96</sup>.

Allant d'événements sportifs à religieux, l'alcool s'y retrouve et garde une grande place auprès des citoyens valaisans. Ces occasions festives ont vu le jour il y a longtemps. Remontons un peu dans le temps pour parler traditions.

Durant le XIX<sup>e</sup> siècle les citoyens valaisans avaient quelques coutumes qui leur tenaient à cœur. Lors de la fête de Pâques, « à Savièse, dans la chapelle d'Ormone, un tonnelet de vin est installé sur l'autel et chacun est invité à prendre un verre. A Sembrancher, on offrait, il n'y a pas si longtemps, du gâteau aux œufs et du vin à toutes les personnes présentes. Seule aujourd'hui la

<sup>92</sup> Musée valaisan de la vigne et du vin. (en ligne) Adresse URL :

[http://www.museevalaisanduvin.ch/moyen\\_age\\_vigne\\_vin\\_valais\\_suisse.html](http://www.museevalaisanduvin.ch/moyen_age_vigne_vin_valais_suisse.html), (site consulté le 18.10.2011)

<sup>93</sup> Ibid. (en ligne) Adresse URL : [http://www.museevalaisanduvin.ch/temps\\_modernes\\_vigne\\_vin\\_valais\\_suisse.html](http://www.museevalaisanduvin.ch/temps_modernes_vigne_vin_valais_suisse.html), (site consulté le 18.10.2011)

<sup>94</sup> Loc. cit. (en ligne) Adresse URL :

[http://www.museevalaisanduvin.ch/epoque\\_contemporaine\\_vigne\\_vin\\_valais\\_suisse.html](http://www.museevalaisanduvin.ch/epoque_contemporaine_vigne_vin_valais_suisse.html), (site consulté le 18.10.2011)

<sup>95</sup> Loc. cit. (en ligne) Adresse URL : [http://www.museevalaisanduvin.ch/histoire\\_aoc\\_vigne\\_vin\\_valais\\_suisse.html](http://www.museevalaisanduvin.ch/histoire_aoc_vigne_vin_valais_suisse.html), (site consulté le 18.10.2011)

<sup>96</sup> Raymond F., *La prévention contre les risques liés à la consommation d'alcool, dans le contexte socioculturel valaisan*, 88p., Travail de recherche du centre de formation pédagogique et sociale, Sion, 1997

*distribution du vin est encore pratiquée. Mais la plus pittoresque de toutes ces traditions, [...] se fait dans le Lötschental. Les gens de cette vallée, [...] se réunissent dans la Maison communale de Ferden où, après une émouvante cérémonie, on fait une généreuse distribution de pain, de fromage et de vin. On compte chaque année, aujourd'hui encore, plus de 600 participants à cette manifestation qui remonterait en l'an 1380. Une coutume semblable est également en usage à Chermignon. Elle date de la peste<sup>97</sup> ».*

De nos jours, ces traditions s'envolent. Nous savons qu'à Sierre, il existe toujours une distribution de pommes et d'oignons. Puis, si c'est une année d'élections, une bouteille de Calvalais<sup>98</sup> est rajoutée. Voilà une tradition qui a certainement évolué avec son temps.

Pour continuer au sujet des événements valaisans, citons VINEA et les journées de caves ouvertes du Valais, durant lesquelles toute personne âgée de plus de seize ans peut goûter des crus valaisans.

Il y a également Sion Expo ou le comptoir de Martigny qui rassemblent un nombre invraisemblable de visiteurs, où les stands d'artisanat sont entourés de restaurants et de bars vendant des boissons alcoolisées.

Comme il est agréable de se rencontrer et partager le « verre de l'amitié » lors de fêtes patronales. Revenons à ce terme souvent utilisé en Valais après un concert ou un ensevelissement. Cette désignation exprime bien combien le vin convie à un instant de convivialité et de sympathie.

Evoquons encore les matchs de football. Tous les joueurs ainsi que les spectateurs se retrouvent à la fin du match pour partager ensemble une bière ou un verre de vin. Ceci permettant de féliciter l'équipe si elle a gagné, ou de lui remonter le moral si elle a perdu.

Nous pouvons nommer la foire de Ste-Catherine à Sierre ou la foire du lard à Martigny, les combats de reines, les fêtes folkloriques, les festivals ou amicales de fanfares ou de chant, les carnivals, et bien d'autres encore.

Pour mettre une touche finale à ces diverses occasions culturelles promouvant la consommation de boissons alcoolisées, nous avons trouvé intéressant de rajouter ce dernier point. Lors des élections aux Etats et des élections nationales d'octobre 2011, tous les partis étaient conviés dans les caves Provins pour suivre l'évolution des résultats. Nous nous sommes renseignées auprès de personnes ayant un attrait bien prononcé pour la politique afin de savoir si cela était un rituel ou une innovation. Devinez ? C'était bel et bien un rituel. Chaque année les politiciens se retrouvent dans ces caves afin de fêter les élections.

<sup>97</sup> METRAL M., *Valais de toujours*, Trésors de mon pays, Neuchâtel, Editions du Griffon, 1962, 28p. , citation à la page 14

<sup>98</sup> Calvalais. (en ligne) Adresse URL : <http://www.calvalais.ch/>, (site consulté le 18.10.2011)



### 3.5.4 Le Valais et son image

Le Valais est souvent représenté par des feuilles de vigne ou des grappes de raisin. Nous pouvons en voir sur les armoiries des différents districts, communes ou familles.

Nous retrouvons souvent ces blasons sur divers drapeaux de sociétés ou sur les maisons communales.

Nous pensions trouver un nombre élevé d'armoiries valaisannes sur lesquelles du raisin ou des feuilles de vignes auraient été reproduits. Toutefois, le site de l'association valaisanne d'études généalogiques nous a prouvé que sur plus de cent armoiries des districts valaisans, huit seulement étaient représentées par ces deux variantes.

Il est vrai que le Valais est connu pour son bon vin, mais il comporte bien d'autres richesses.

### 3.5.5 Le Valais et ses rumeurs

Dans ce canton nommé Valais, une rumeur court quant au 0,5gr d'alcool pour mille. En effet, tout nouveau-né valaisan viendrait au monde avec son 0.5 pour mille. Ceci étant une rumeur, nous avons mené une enquête à ce sujet.

Nous allons comparer la production valaisanne de vin fabriqué en une année avec le nombre d'habitants de nationalité suisse en Valais, pour découvrir le fondement de cette rumeur.

La superficie du Valais s'étend sur 522'456 hectares<sup>99</sup>. Ce canton est bien connu pour sa dimension viticole qui représente le plus grand vignoble de Suisse<sup>100</sup>. La superficie des vignes valaisannes recouvre 5'200 hectares<sup>101</sup> des terres et représente le tiers de la production totale de vin en Suisse<sup>102</sup>. Cela dit, on trouve à peu près 3 ou 4 ceps de vigne au m<sup>2</sup>.

L'arrêté fédéral du 19 juin 1992 limite le rendement à 1,4 kg/m<sup>2</sup> pour les raisins blancs et 1,2 kg/m<sup>2</sup> pour les raisins rouges. Pour nos calculs, nous utiliserons 1,3kg/m<sup>2</sup> ce qui donnera une moyenne. Un rendement de 1 kg/m<sup>2</sup> correspond en moyenne à un rendement de 75 hl/ha<sup>103</sup>.

Pour continuer nos calculs, 1,3kg/m<sup>2</sup> équivaut à 97,5hl/ha. Les vignes valaisannes recouvrant près de 5200 hectares, nous allons multiplier 97,5 par 5200. Ce qui nous donne un total de 507'000 hectolitres de vin en Valais.

---

<sup>99</sup> Site de l'état du Valais. (en ligne) Adresse URL : [http://www.vs.ch/NavigData/DS\\_315/M14764/fr/Le%20Valais%20en%20Chiffres\\_2010.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_315/M14764/fr/Le%20Valais%20en%20Chiffres_2010.pdf), p.12 (site consulté le 18.10.2011)

<sup>100</sup> Régis Colombo. (en ligne) Adresse URL : <http://www.diapo.ch/rubrique.php/6>, section Valais, (site consulté le 18.10.2011)

<sup>101</sup> Le Valais en images. (en ligne) Adresse URL : <http://www.valaisimages.ch/plan/particularites/vigne/paysvigne/paysvigne.htm>, (site consulté le 18.10.2011)

<sup>102</sup> Henri Valloton (en ligne) Adresse URL : [http://valloton.ch/sites/default/files/page61\\_v\\_valais\\_vignes\\_valloton.pdf](http://valloton.ch/sites/default/files/page61_v_valais_vignes_valloton.pdf), p.1 (site consulté le 18.10.2011)

<sup>103</sup> Les vignobles suisses. (en ligne) Adresse URL : [http://www.vignobles-suisse.ch/html/tr-vend\\_02.htm](http://www.vignobles-suisse.ch/html/tr-vend_02.htm), (site consulté le 18.10.2011)

Enfin, en 2009 nous étions 303'241<sup>104</sup> habitants au total en Valais. Etant donné que cette rumeur nous parle de personnes valaisannes, nous en tiendrons compte, ce qui nous donne 242'684 habitants<sup>105</sup>.

50'700'000 litres de vin représentent à peu de chose près 208 litres par personnes par année. Ceci signifie donc qu'une personne valaisanne boirait 17 litres de vin par mois, à savoir 0,6 litre par jour.

Vu que la densité du vin est de 0.995 grammes pour 1ml ou de 0.995 kilo pour un litre, notre calcul prouve que cette rumeur est quelque peu erronée. Car la densité de vin lorsqu'on a 0.6 litre correspond à 0.6 kilo et non à 0.6 grammes. Donc 0.6 litre par jour correspondrait à 60 millilitres donc à 60 grammes. Ce qui est loin du 0.5 pour mille.

Chaque habitant suisse du Valais devrait boire 0.6 litre par jour en comparaison avec la production de vin en Valais. Ce qui voudrait dire qu'avec toute la production de vin du Valais, chaque habitant de nationalité suisse du Valais aurait droit à 0,6 litre de vin par jour. Ceci étant un calcul anecdotique et non une vérité, car toute personne ne consomme pas 0,6 litre de vin par jour.

### 3.5.6 Statistiques de la consommation d'alcool en Valais

Après la partie historique et anecdotique, nous souhaitons indiquer quelques chiffres concernant la consommation d'alcool des valaisans.

Voici deux tableaux issus du rapport sur l'état de santé des valaisans en 2010 :

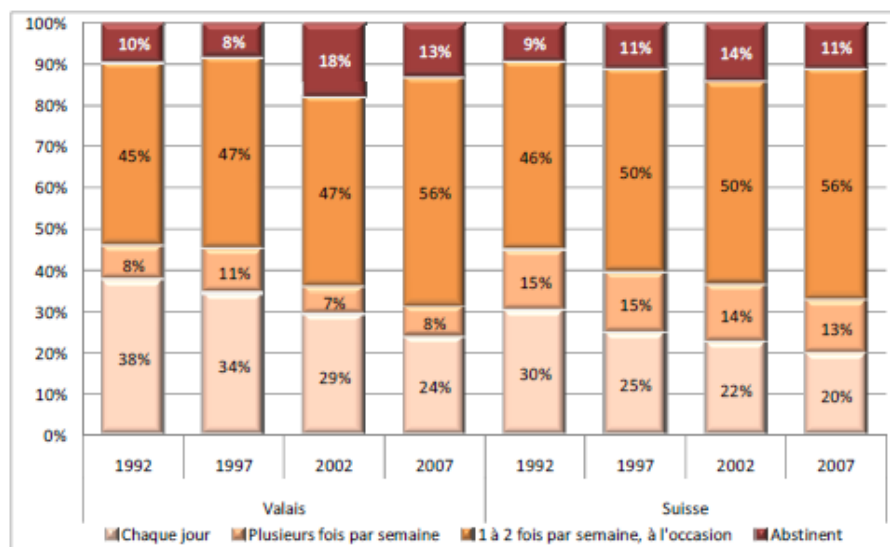
---

<sup>104</sup> Site de l'état du Valais. (en ligne) Adresse URL : [http://www.vs.ch/NavigData/DS\\_315/M14764/fr/Le%20Valais%20en%20Chiffres\\_2010.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_315/M14764/fr/Le%20Valais%20en%20Chiffres_2010.pdf), p.19, (site consulté le 18.10.2011)

<sup>105</sup> Ibid. (en ligne) Adresse URL : [http://www.vs.ch/NavigData/DS\\_315/M14764/fr/Le%20Valais%20en%20Chiffres\\_2010.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_315/M14764/fr/Le%20Valais%20en%20Chiffres_2010.pdf), p.19, (site consulté le 18.10.2011)

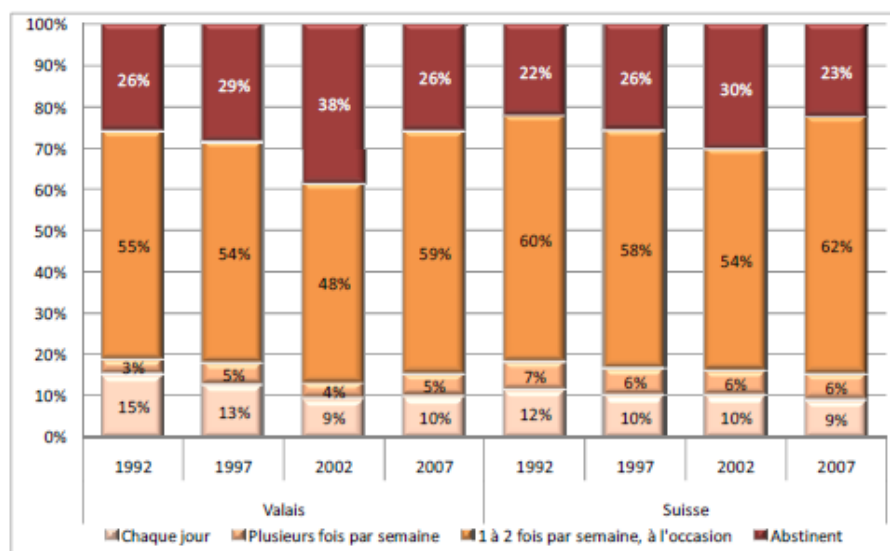
Figure 38: Proportion (%) de la population en fonction de la fréquence de la consommation d'alcool, Valais-Suisse, 1992-2007 (Source : ESS)

A) Hommes



106

B) Femmes



107

<sup>106</sup>Observatoire valaisan de la santé. (en ligne) Adresse URL : [http://www.obs-vs-sante.ch/documents/Etat\\_de\\_sante\\_2010\\_rapport\\_fr.pdf](http://www.obs-vs-sante.ch/documents/Etat_de_sante_2010_rapport_fr.pdf), p.60, (site consulté le 18.10.2011)

<sup>107</sup>Ibid. (en ligne) Adresse URL : [http://www.obs-vs-sante.ch/documents/Etat\\_de\\_sante\\_2010\\_rapport\\_fr.pdf](http://www.obs-vs-sante.ch/documents/Etat_de_sante_2010_rapport_fr.pdf), p.60, (site consulté le 18.10.2011)

On constate que le nombre de personnes prétendant boire quotidiennement a diminué, autant chez les hommes que chez les femmes. Ce chiffre passe chez les hommes de 38% en 1992 à 24% en 2007. Pour les femmes, il passe de 15% en 1992 à 10% en 2007. Bien que la consommation des valaisans se situe au-dessus de la moyenne Suisse, elle diminue tout de même.

### 3.5.7 Législations

Dans notre pays, il existe différentes lois qui sont en lien avec l'alcool. En voici quelques-unes :

#### 3.5.7.1 Ordonnance sur les boissons alcooliques

L'Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les boissons alcooliques cite les boissons reconnues comme alcooliques et fixe les exigences auxquelles elles doivent satisfaire. Voici deux extraits :

##### « Article 1. Objet et champ d'application

« <sup>1</sup> La présente ordonnance définit les boissons alcooliques énoncées ci-après, fixe les exigences auxquelles elles doivent satisfaire et règle les modalités d'étiquetage et de publicité applicables:

- le vin, le moût de raisin en cours de fermentation, le bourru, le jus de raisin en cours de fermentation, les boissons à base de vin;
- le cidre, le vin de fruits, le jus de fruits à pépins en cours de fermentation, les boissons à base de cidre ou de vins de fruits, l'hydromel;
- la bière;
- les boissons spiritueuses;
- les autres boissons alcooliques.

<sup>2</sup> Les dispositions de la législation sur l'alcool sont réservées<sup>108</sup> ».

##### « Article 2. Teneur en alcool

Les boissons alcooliques visées à l'art. 1 doivent présenter une teneur en alcool éthylique supérieure à 0,5 % volume<sup>109</sup> ».

<sup>108</sup> Site de la Confédération. (en ligne) Adresse URL : [http://www.admin.ch/ch/f/rs/817\\_022\\_110/a1.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/817_022_110/a1.html), (site consulté le 24.10.2011)

<sup>109</sup> Ibid. (en ligne) Adresse URL : [http://www.admin.ch/ch/f/rs/817\\_022\\_110/a2.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/817_022_110/a2.html), (site consulté le 24.10.2011)

### 3.5.7.2 Ordonnance concernant les taux d'alcoolémie limites admis en matière de circulation routière

La loi connue de tout citoyen âgé de plus de dix-huit ans est l'Ordonnance de l'Assemblée fédérale du 21 mars 2003 concernant les taux d'alcoolémie limités admis en matière de circulation routière<sup>110</sup> :

#### « Art. 1 Incapacité de conduire

<sup>1</sup> Un conducteur est réputé incapable de conduire lorsqu'il présente un taux d'alcoolémie de 0,5 gramme pour mille ou plus ou que son organisme contient une quantité d'alcool entraînant un tel taux d'alcoolémie (état d'ébriété).

<sup>2</sup> Est réputé qualifié un taux d'alcoolémie de 0,8 gramme pour mille ou plus<sup>111</sup> ».

### 3.5.7.3 Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup)

La loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup)<sup>112</sup> permet de comprendre les termes en relation avec les stupéfiants et régit les problèmes par le modèle des quatre piliers qui sont : la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression.<sup>113</sup> Les buts de la présente loi sont les suivants :

#### « Art.1 But

- de prévenir la consommation non autorisée de stupéfiants et de substances psychotropes, notamment en favorisant l'abstinence;
- de réglementer la mise à disposition de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques;
- de protéger les personnes des conséquences médicales et sociales induites par les troubles psychiques et comportementaux liés à l'addiction;
- de préserver la sécurité et l'ordre publics des dangers émanant du commerce et de la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes; de lutter contre les actes criminels qui sont étroitement liés au commerce et à la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes<sup>114</sup> ».

<sup>110</sup> Site de la Confédération. (en ligne) Adresse URL : [http://www.admin.ch/ch/f/rs/c741\\_13.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/c741_13.html), (site consulté le 24.10.2011)

<sup>111</sup> Ibid. (en ligne) Adresse URL : [http://www.admin.ch/ch/f/rs/741\\_13/a1.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/741_13/a1.html), (site consulté le 24.10.2011)

<sup>112</sup> Loc. cit. (en ligne) Adresse URL : [http://www.admin.ch/ch/f/rs/c812\\_121.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/c812_121.html), (site consulté le 24.10.2011)

<sup>113</sup> Loc. cit. (en ligne) Adresse URL : [http://www.admin.ch/ch/f/rs/812\\_121/a1a.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/812_121/a1a.html), (site consulté le 18.10.2011)

<sup>114</sup> Loc. cit. (en ligne) Adresse URL : [http://www.admin.ch/ch/f/rs/812\\_121/a1.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/812_121/a1.html), (site consulté le 18.10.2011)

#### 3.5.7.4 Autres lois en vigueur

Il va de soi que tout ce qui est en rapport avec l'alcool, la consommation et la vente représente un nombre important de lois. Nous estimons que toutes les nommer ne serait pas judicieux.

Pour se faire une idée du sujet, voici quelques catégories régies par des lois :

- la production,
- l'imposition,
- le commerce du vin,
- la plantation de nouvelles vignes,
- les appellations d'origine contrôlée,
- l'exportation ainsi que l'importation, etc.

#### 3.5.8 Anecdote finale

Dans le livre, *Valais de Toujours*<sup>115</sup>, l'auteur nous explique qu'auparavant le Valaisan avait peur de l'étranger, du visiteur. Puis avec le temps, il a su évoluer et sait dorénavant accueillir les touristes et souhaite surtout leur faire plaisir. Mais comment ? Avec une enseigne où est inscrit : « *Buvez nos vins* » !

Nous tenions à écrire cette dernière citation, car le Valaisan qui a inscrit cette invitation, aurait pu la remplacer par « *Mangez nos raclettes* » !

#### 3.5.9 Le concept du contexte socioculturel valaisan, en résumé

La consommation d'alcool fait partie intégrante de notre culture depuis la nuit des temps. En Valais, l'alcool a une longue tradition et de nombreux événements incontournables de l'agenda culturel sont arrosés d'alcool. De ce fait, il n'est pas rare que des personnes tombent dans la dépendance. La prise en charge de ce problème et la prévention doivent à notre avis s'adapter à ce contexte socioculturel particulier.

---

<sup>115</sup> METRAL M., *Valais de toujours*, Neuchâtel, Editions du Griffon, 1962, 28p.

## 4 Hypothèses de recherche

Pour déterminer les hypothèses de notre recherche, nous nous sommes basées sur notre question de départ, les concepts analysés et sur nos recherches exploratoires puis avons décidé d'en énumérer deux :

### Hypothèse 1

*Les AS n'ont pas d'outil méthodologique spécifique pour répondre aux problèmes des personnes âgées dépendantes à l'alcool.*

Par cette hypothèse, nous estimons qu'il n'existe pas de méthode précise ou d'outils adaptés qui puissent s'appliquer pour accompagner les personnes âgées dépendantes à l'alcool.

### Hypothèse 2

*Le contexte socioculturel valaisan et d'autres éléments, comme le vécu de l'AS, influencent fortement la manière dont celui-ci considère le problème d'alcool chez les personnes âgées.*

Nous pensons que les AS sont influencés par le contexte socioculturel valaisan dans leur pratique. Nous estimons également que chaque AS va considérer le problème selon différents éléments comme son propre vécu, ses représentations de la vieillesse, son âge, etc.

## 5 Méthodologie

### 5.1 La recherche sur le terrain

#### 5.1.1 Terrain d'enquête

Nous nous sommes beaucoup questionnées quant au choix du terrain à investiguer car, tout au long de nos recherches exploratoires, nous constatons que le corps médical et les soignants à domicile étaient en première ligne pour observer les problèmes d'alcool chez les personnes âgées. Nous aurions ainsi pu interroger des médecins généralistes, des gériatres, des infirmiers, des aides familiales, des directeurs d'EMS, des responsables de soins à domicile des CMS, etc. Toutefois, en choisissant d'orienter notre TB sur la pratique des assistants sociaux, notre panel s'est vu bien plus limité.

En Valais, les assistants sociaux travaillant auprès de personnes âgées pouvant avoir un problème d'addiction exercent principalement à ProSenectute, à Addiction Valais et dans des CMS qui gèrent des appartements domino<sup>116</sup>. Nous avons donc décidé d'effectuer des entretiens dans ces trois lieux afin d'obtenir une large représentation de la vision des assistants sociaux confrontés à

<sup>116</sup>Appartements où résident plusieurs personnes âgées en colocation et où un accompagnement médico-social est adapté à chacun selon les besoins. [http://www.cms-sierre.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19&Itemid=27](http://www.cms-sierre.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=27) (site consulté le 31.08.2011)



notre problématique en Valais. Nous avons ainsi pu observer les collaborations entre ces institutions ainsi qu'avec les domaines de la santé et des soins.

Nous sommes conscientes que ces institutions ont des mandats différents et qu'en conséquence le travail des AS sera différent. Dans nos entretiens de recherche, nous avons donc distingué les questions posées aux AS des CMS et de Pro Senectute, qui n'ont pas pour mandat premier le suivi des addictions avec celles que nous avons adressées aux intervenants d'Addiction Valais qui gèrent principalement ce problème.

### 5.1.2 Echantillon

Les assistants sociaux travaillant auprès de personnes âgées dans les institutions citées ci-dessus constituent notre « cible ». Deux critères principaux ont servi à constituer notre échantillon :

- L'AS doit suivre actuellement ou avoir déjà suivi par le passé des personnes en âge AVS ayant des problèmes d'alcool.
- Nous avons admis des formations d'éducateurs spécialisés et de psychologues pour les intervenants en addiction d'Addiction Valais qui effectuent le même travail que les AS au sein de cette institution.

Nous avons demandé aux différents directeurs d'institutions l'autorisation de mener notre recherche auprès de leurs AS. Ils nous ont communiqué les coordonnées de collaborateurs intéressés par notre recherche et des dates d'entretiens ont été fixées avec eux.

## 5.2 Méthode de récolte de données

Notre recherche qualitative nous a aidées à comprendre la pratique professionnelle des AS, ainsi que leurs représentations des personnes âgées dépendantes à l'alcool. Cette méthode nous a avantageusement permis d'analyser le sens approfondi que les AS donnent à leur pratique. Ainsi, nous avons pu récolter des informations sur les valeurs et les représentations de chacun. Une recherche quantitative nous aurait éloignées du cœur de leur fonctionnement.

L'entretien semi-directif qui consiste à poser des questions ouvertes et que nous avons privilégié a laissé une grande liberté d'expression aux personnes interrogées. Grâce à cette souplesse et cette faible directivité, les interviewés ont fait preuve de spontanéité et nous ont livré des témoignages authentiques. Le désavantage de cette technique d'entretien est qu'il est ensuite difficile d'établir une analyse commune, car des éléments très différents les uns des autres peuvent être abordés.

En interrogeant une de nos personnes ressources lors d'une phase de pré-test, notre canevas d'entretien a été expérimenté et s'est avéré adéquat et utilisable tel quel. Selon les institutions pour lesquelles ils travaillent et la diversité de leurs mandats, les questions posées aux AS ont été adaptées et sélectionnées. Deux grilles d'entretien ont été établies, l'une adressée au CMS et à Pro Senectute, l'autre à Addiction Valais (cf. annexe B et C).

Les entretiens ont été répartis de la manière suivante : Francine a rencontré des AS des CMS, Mireille a interrogé des AS d'Addiction Valais. Puis toutes deux avons interrogé des AS de Pro Senectute.

### 5.3 Principes éthiques de la recherche

Tout au long de cette enquête, les règles éthiques relatives à toute recherche scientifique ont été respectées et un formulaire de consentement éclairé, signé conjointement avec les professionnels interviewés, a été rédigé (cf. annexe D).

### 5.4 Limites de la recherche

Lors de notre rencontre, les AS interrogés auraient pu se sentir critiqués ou jugés dans leur pratique, car il n'existe apparemment pas de méthodologie spécifique ou d'outils d'accompagnement des personnes âgées dépendantes de l'alcool. C'est un des risques de notre recherche. Pour éviter ce sentiment, nous sommes restées très attentives aux tournures des questions ainsi qu'à notre savoir-être durant les entretiens.

Les AS imprégnés du contexte socioculturel valaisan, comme nous l'avons démontré, risquent d'avoir, selon leur propre rapport à l'alcool, une attitude différente des autres face aux personnes âgées dépendantes à l'alcool.

Notre recherche est axée sur la pratique des assistants sociaux tout en sachant que les premières personnes confrontées à la problématique de l'alcool chez les personnes âgées sont leur entourage familial et le personnel soignant. Nous gardons à l'esprit que les AS interviennent certainement en deuxième ligne et avec plus de recul face à cette problématique.

Pour terminer, nous notons que les assistants sociaux que nous avons interrogés ont une formation de base commune mais que leurs rôles et fonctions sont différents selon l'institution dans laquelle ils travaillent. Ainsi, bien que notre échantillon se compose uniquement d'assistants sociaux, les réalités et missions de chacun peuvent énormément varier (cf. chapitre 3.4.6.1).

## 6 Résultats

### 6.1 Méthode d'analyse

Notre TB étant basé sur une méthode qualitative, les données interprétées grâce à une analyse de contenu thématique ont été réparties en fonction des différents thèmes de notre grille d'entretien, à savoir : la pratique professionnelle, les représentations de la vieillesse et de la dépendance à l'alcool, l'influence du contexte socioculturel valaisan et les pistes d'action. Chacune de nous a traité deux thèmes puis nous avons comparé nos résultats.

Avant de débiter l'analyse en elle-même, les entretiens ont été retranscrits de manière anonyme. Les idées principales relatives à chaque question étant sélectionnées et résumées, nous avons regroupé les réponses similaires pour mener à bien notre analyse.

En fonction des deux canevas d'entretien, certaines réponses ont été analysées sur la base des treize interviews et d'autres en comparant les pratiques des AS d'Addiction Valais à celles des AS des deux autres institutions.

Au fur et à mesure de notre analyse, des liens se sont naturellement établis avec nos concepts théoriques. Afin d'illustrer les propos, des extraits d'entretiens sont insérés au fil des pages. De plus, à la fin de chaque chapitre, les points forts des thèmes abordés sont résumés.

Les limites de notre méthode d'analyse sont décrites dans le chapitre 7.1.

### 6.2 Données personnelles des AS interrogés

Les treize personnes interrogées comprennent six hommes et sept femmes. Toutefois, au vu de notre question de départ, nous n'avons pas distingué les hommes et les femmes. Cinq professionnels travaillent à Addiction Valais, cinq autres à Pro Senectute et les trois derniers dans un CMS romand. Tous sont diplômés d'une école sociale ou d'une université et bénéficient de plusieurs années d'expériences dans le travail social.

### 6.3 Analyse et interprétation des résultats

Nos canevas d'entretien étaient divisés en quatre thèmes et certaines questions n'ont pas été présentées aux professionnels d'Addiction Valais. En effet, étant l'organisme valaisan mandaté pour gérer les problèmes de dépendance, il nous paraissait justifié de ne pas les questionner au sujet du dépistage, les personnes signalées présentant une difficulté avérée en terme d'addiction. De ce fait, la question concernant les indices ne leur a pas été posée.

Pour chaque chapitre, nous avons motivé la question posée afin de mieux cerner les réponses. De plus, un résumé des idées principales se trouve à la fin de chaque sous-thème. Tout au long de l'analyse, nous présentons quelques passages d'entretien afin de rendre la lecture plus vivante.

### 6.3.1 Thème 1: Pratique professionnelle

#### 6.3.1.1 Fréquence de confrontation

« *Etes-vous souvent amené à rencontrer des personnes âgées dépendantes à l'alcool dans votre travail quotidien ?* »

Cette interrogation a servi d'entrée en matière avec nos interlocuteurs et nous a permis de connaître la fréquence d'apparition du problème qui nous occupe ici, dans leur activité :

Huit assistants sociaux sur 13 nous ont dit être peu confrontés à cette problématique. L'un d'entre eux nous explique que certes il suit peu de situations, mais lorsqu'il y en a, elles sont souvent très lourdes. Le référent d'un hôpital à Addiction Valais explique : si un problème d'alcool se révèle chez un patient, je le rencontre et lui présente des propositions d'aide. De par son rôle de référent d'hôpital, il en rencontre un peu plus souvent que ses collègues, mais précise qu'un suivi individuel avec ces personnes est rarement mis en place suite à l'hospitalisation.

Quatre autres professionnels d'Addiction Valais expliquent être souvent confrontés à cette problématique, dont un autre référent d'hôpital confirme les dires de son homologue. Il ajoute que les personnes âgées dépendantes à l'alcool sont souvent signalées par les hôpitaux, toutefois celles pour qui un suivi est mis en place représentent une minorité. Un AS faisant également partie de ces quatre personnes, nous fait remarquer qu'il y a de plus en plus de situations telles que celles-là. En effet, dans notre partie théorique, nous avons relevé que le tiers des clients d'Addiction Valais âgés de 60 ans et plus ont été signalés par un hôpital en 2010. De plus, cette population a passé de 5,7% à 10,8% entre 1996 et 2010.

A Pro Senectute, un AS nous a dit rencontrer souvent cette problématique mais elle n'apparaît pas dans la demande première des clients. Ceux-ci se présentent principalement pour des problèmes financiers : « *Et puis pratiquement à chaque fois que le problème d'alcool vient c'est que c'est lié à une question de budget pis c'est qu'on fait une recherche dans le dossier mais c'est très rarement formulé... C'est pour ça qu'on a un problème de budget parce qu'on consomme trop* ».

Un autre AS travaillant également à Pro Senectute, relève le même argument : « *Peu qui sont déclarées vraiment comme étant en situation problématique d'alcoolique, mais après toujours avec aussi beaucoup d'autres problématiques aussi autour qui cachent cet alcoolisme qui font qu'on parle peut-être plus de l'autre problème que ça* ».

Un professionnel montre la difficulté d'exprimer un problème de dépendance. Il explique combien cela doit être rude pour une personne âgée d'entamer une démarche en rapport avec une surconsommation d'alcool. Dans les statistiques 2010 d'Addiction Valais, il est effectivement à noter que seules 38% des demandes d'aide venant des personnes de plus de 60 ans sont dues à une initiative personnelle alors que chez les personnes plus jeunes, 53% des demandes sont volontaires. Cela est peut-être dû au fait que les personnes âgées ont plus de peine à exprimer un problème d'alcool, comme le pense l'AS interrogé.

Nous remarquons que pour la majorité de nos interlocuteurs, la confrontation n'est pas fréquente et rares sont les suivis réguliers pour ces personnes âgées dépendantes à l'alcool même si elles sont souvent signalées par les hôpitaux.

### 6.3.1.2 Profil des clients

« Ces personnes étaient-elles déjà dépendantes avant la retraite ou ont-elles commencé après ?  
De quelle manière ces personnes se sont adressées à votre service ? »

Par ces questions, nous souhaitons découvrir la relation à l'alcool et le parcours des clients s'adressant aux différents services :

Dix professionnels nous disent suivre des clients qui étaient déjà consommateurs avant la retraite. Un AS de Pro Senectute explique : A l'époque, il était admis que les ouvriers consomment de l'alcool sur leur lieu de travail. Ils avaient donc une certaine habitude et un rythme de vie où la consommation ne leur posait pas problème. Par contre, une fois arrivés à la retraite, celle-ci s'est accentuée en l'absence d'une activité régulière : « *Là je pense de nouveau à des ouvriers qui buvaient leur bière tous les jours et leur vin à midi mais qui travaillaient. Et puis le problème est devenu plus lourd à partir du moment où ils travaillaient plus parce que justement ils s'ennuyaient, y avait que ça à faire. Donc ça s'est accentué parce qu'il y avait trop de temps libre et puis qu'ils avaient pas de capacité de trouver d'autres activités* ».

Trois autres personnes ont relevé que le phénomène s'accroît à partir de la retraite. Par exemple, un AS d'Addiction Valais nous raconte l'histoire d'une dame âgée pour qui le travail était toute sa vie. Au moment de la retraite, son mari est décédé et ses enfants ont quitté le foyer familial. De ce fait, elle s'est retrouvée seule et l'alcool a pris une place différente. Auparavant, elle l'utilisait pour gérer le stress professionnel sans que cela ne la dérange alors qu'aujourd'hui, il est devenu source de souffrance : « *Donc là je dirais cette dame là c'était intéressant parce qu'on voit un profil de gens qui a bien géré et puis à un moment donné qui a abusé, mais cet abus à un moment donné il est plus supporté, je dirais même qu'à la fin de sa vie, dans les dernières années avant sa retraite, elle était clairement dépendante de l'alcool. Et puis la solution qu'elle avait fonctionné plus et au contraire la précipite vraiment très bas* ». Cet AS note également que ceux qui ont consommé toute leur vie de manière modérée se retrouvent à l'âge de la retraite face à des pertes qui les mènent à un usage excessif de l'alcool : « *Mais souvent un facteur très important c'est vraiment les pertes de repères, les pertes de... une perte de sens qui fait que l'alcool soit avant jouait un rôle très mineur et là il prend beaucoup plus de place, soit il jouait déjà un rôle majeur avant mais arrivé à cet âge là il répond plus à la solution attendue. Au contraire, il surgit et il crée vraiment un gros problème* ».

Il n'y a que trois professionnels qui expriment avoir vu des situations où la dépendance est apparue à l'âge de la retraite suite à différentes pertes. Nous constatons que la majorité des personnes interrogées rencontrent des retraités ayant eu des problèmes d'alcool durant toute leur vie, soit en continu, soit par épisodes. Cela correspond à ce que Pascal Menecier a nommé « *les usagers abusifs précoces* » et les *usagers abusifs intermittents* ». Pour la troisième catégorie de sa typologie, les usagers abusifs tardifs, l'auteur parlait de 30% des cas. Cela correspond effectivement aux réponses que nous avons recueillies.

Un AS du CMS souligne que certaines personnes boivent pour tenir compagnie à leur conjoint. Dans un cas rencontré, l'homme et la femme buvaient ensemble et lorsque Monsieur a été placé en appartement protégé, ce dernier a su profiter de l'alcool de manière récréative. Ce couple lui avait

été signalé sans que ce problème d'alcool ait été annoncé. Toutefois, cela n'avait pas été trop difficile à déceler.

En ce qui concerne la deuxième question citée plus haut, nous relevons les éléments suivants :

Trois professionnels remarquent que les personnes âgées suivies dépendantes à l'alcool se présentent souvent pour une autre problématique, comme le budget ou la demande d'une aide familiale à domicile.

Un AS de Pro Senectute précise : lors d'un entretien, il croit ce qui lui est dit mais n'est jamais sûr de la véracité des propos.

Un AS de Pro Senectute remarque : il est vrai que le thème de l'alcool n'est pas volontiers évoqué car il représente un tabou, comme l'explique Pascal Menecier, et il est d'autant plus difficile de demander de l'aide.

Trois AS nous ont dit qu'une fois sur dix les personnes venaient de manière volontaire, sinon elles étaient signalées par le réseau suite à une hospitalisation. Ce signalement peut être fait par les professionnels de la santé ou par les familles. Selon les dires des professionnels, les hospitalisations sont dues à des chutes ou des pneumonies mais pas forcément à l'alcool. Lorsque la personne ne souhaite pas rencontrer d'intervenants en addiction, ces derniers précisent qu'il faut encourager la famille à les appeler afin qu'ils puissent trouver de l'aide en tant que proches. Comme précisé dans nos concepts théoriques, la souffrance liée à la maladie alcoolique touche aussi bien le consommateur lui-même que son entourage et il est fréquent que ce soit lui qui découvre le problème d'alcool. Dans ce cas, il est important qu'il s'appuie sur des professionnels pour ne pas être seul dans des situations souvent très complexes.

Un autre collaborateur de Pro Senectute explique que ses collègues infirmiers découvrent les problèmes de dépendance à l'alcool dans certaines situations. Il pense que le suivi d'une personne à la suite d'un séjour à la Villa Flora est plus aisé. En effet, le problème de dépendance étant réglé, elle peut trouver une place en EMS sans avoir à se soucier de la consommation d'alcool. Il explique à ce sujet, qu'en EMS le problème n'est pas vraiment traité. Son collègue a le même sentiment : les professionnels d'Addiction Valais sont formés pour suivre ces personnes et il est plus facile de prendre le relais après leur intervention.

Au travers des entretiens, nous avons récolté des données supplémentaires concernant l'âge et le genre des clients âgés :

Un AS de Pro Senectute a relevé que l'âge des personnes ayant un problème d'alcool dépasse rarement les septante cinq ans. Il nous a expliqué avoir suivi une femme de huitante trois ans qui visait l'abstinence. Lorsque son objectif a été atteint, elle déprimait. Son mari avait donc décidé de lui servir deux verres de vin par jour. L'AS ajoute que les médecins s'interrogent sur le bien fondé d'un traitement à un âge si avancé et après une consommation abusive de si longue durée. Cet élément a été débattu à plusieurs reprises avec nos répondants et nous constatons que les diverses opinions dépendent des représentations et des valeurs de chacun (cf. chapitre 6.3.2).

D'après un professionnel de Pro Senectute, autant de femmes que d'hommes ont une consommation problématique. Toutefois, les retraités se déplaçant jusqu'à son service sont souvent

des femmes. Selon ses dires, elles représentent plus de la moitié des clients. Au vu des statistiques d'Addiction Valais, la proportion d'hommes et de femmes âgés de 60 ans et plus est relativement équilibrée en 2010 alors que selon Pascal Menecier, les hommes sont quasiment deux fois plus touchés par les problèmes d'alcool. Ces différents points de vue prouvent que le désaccord entre les statistiques devrait inciter à de nouvelles recherches à ce sujet.

Au travers de tous ces discours, nous remarquons que la problématique est souvent présente depuis de nombreuses années et qu'il est difficile pour les personnes âgées d'aborder le sujet. D'ailleurs, la majorité des situations sont signalées par un hôpital ou l'entourage et non par la personne consommatrice.

### 6.3.1.3 Indices

#### « Quels sont les indices qui vous mettent la puce à l'oreille ? »

Cette question nous a permis de découvrir les indices existants aidant à déceler un problème d'alcool chez une personne âgée. Voici les réponses des huit AS de Pro Senectute et du CMS :

- Six pensent que la visite à domicile est l'un des meilleurs moyens pour découvrir la persistance d'un problème d'alcool. Certains d'entre eux ont été confrontés à des appartements encombrés par des bouteilles d'alcool vides.
- Trois ont déclaré avoir des clients préférant les entretiens le matin.
- Trois observent que les clients dissimulent l'odeur d'alcool avec des bonbons à la menthe.
- Trois reconnaissent un problème d'alcool à l'odeur de la personne et à son attitude.
- Deux AS ont décrit les traits physiques des personnes alcooliques. Ils nous ont démontré combien il est difficile de percevoir ce problème chez une femme. En effet, elles se présentent toujours sous une bonne apparence, faisant mine d'avoir une excellente hygiène de vie : « *Ce sont souvent des femmes qui sont maquillées, qui sont soignées, qui vont régulièrement chez le coiffeur, qui sont vraiment très propres sur elles, mais trop, "too much" comme j'ai envie de dire. Démesuré avec des doses de parfum qui empestent le studio et puis des bonbons, toujours des bonbons très forts, vraiment démesuré. Et y a des typologies au niveau physique aussi, d'une femme qui a des problèmes d'alcool qui a tendance à être très fine au niveau des jambes, ça c'est un indice intéressant, les femmes qui ont un problème d'alcool, pis qui ont un certain âge, elles ont tendance à avoir des, des, des jambes très, très fines, le corps vraiment se dégrise, elles deviennent très, très minces, et le ventre a tendance à sortir, chez une femme qui a des problèmes d'alcool* ».
- Deux ont affirmé avoir été souvent informés de la dépendance par un organisme ayant suivi la personne auparavant.

Au niveau des hommes, c'est surtout le visage qui est marqué et le problème est moins visible que chez les femmes : « *Chez les hommes, au niveau déjà du visage, des yeux également aussi, y*



*a cette couperose exagérée, ce visage un peu marqué, un peu tanné, c'est moi je constate des fois un petit peu ces mains, ces doigts rouges et enflés, et puis cette espèce de négligence apparente au niveau des habits, y sont pas propres pas sales, [...]. Ils sont pas toujours bien rasés, ils sont pas très soignés, au niveau des dents par exemple ça laisse pas mal à désirer ».*

A notre avis, les différents points cités ci-dessus prouvent que les AS sont attentifs à la problématique de l'alcool chez les personnes âgées et utilisent leurs observations afin d'avoir une meilleure compréhension de la situation. De plus, s'ils ont des doutes en rapport à une éventuelle consommation excessive d'alcool, ces éléments leur permettent de vérifier leurs hypothèses.

Grâce à ces explications, nous remarquons que différents indices permettent de déceler un problème d'alcool chez une personne en âge AVS comme les traits physiques, les heures de rendez-vous, l'attitude, les subterfuges. Toutefois, il ressort de nos entretiens que ce diagnostic est difficile à établir car il y a souvent différents éléments qui interfèrent comme les médicaments, des problèmes physiques ou des démences par exemple. Dans nos concepts théoriques, nous avons mis en évidence cet état de fait exprimé par Pascal Menecier. En plus des éléments cités ci-dessus, les personnes âgées sont souvent plus isolées et elles peuvent très bien s'alcooliser seules chez elles sans que personne ne s'en aperçoive. Pour ce gérontologue, le dépistage est très important et il faudrait vraiment que les professionnels soient attentifs à cette problématique.

#### 6.3.1.4 Démarches, représentations et outils spécifiques illustrés au travers d'un scénario

Pour comprendre la manière dont les AS des CMS et de Pro Senectute procèdent concrètement lorsqu'ils rencontrent une personne âgée ayant des difficultés avec l'alcool, nous leur avons proposé un scénario suivi de différentes questions portant sur leur manière d'intervenir, les outils qu'ils utilisent ainsi que leurs opinions sur les éventuelles différences de prise en charge entre une personne âgée et un jeune.

Les réponses détaillées se retrouvent dans les sous-chapitres suivants où elles sont mises en comparaison avec les méthodes des AS d'Addiction Valais qui ont directement pour mandat l'accompagnement des personnes dépendantes à l'alcool. Nous n'avons pas soumis de scénario aux AS d'Addiction Valais, le problème d'alcool du client étant déjà avéré. En revanche, nous avons questionné les intervenants en addiction sur les différentes démarches qu'ils entreprennent avec leurs patients, sur les outils et méthodes qu'ils utilisent ainsi que sur les différences éventuelles qu'il peut y avoir entre la prise en charge d'un retraité et d'un jeune. Le scénario présenté aux AS de Pro Senectute et du CMS était le suivant :

*M. Pompidou arrive à votre bureau à 9h mercredi matin. Il est âgé de 74 ans et vient vous trouver car il n'arrive plus à payer toutes ses factures. Vous remarquez qu'il sent fortement l'alcool et qu'il est confus dans son discours. Deux semaines plus tard, vous recevez M. Pompidou pour la deuxième fois. Son odeur d'alcool a disparu et vous établissez ensemble son budget. Un mois plus tard, vous vous rendez à son domicile pour vérifier s'il arrive à tenir son nouveau budget. Vous découvrez alors un amoncellement de bouteilles de vin vides dans le coin du balcon. M. Pompidou est à nouveau alcoolisé mais essaie de le cacher.*

#### 6.3.1.4.1 Moment et description de l'intervention par les AS de CMS et Pro Senectute

« Comment interviendriez-vous ? Quand ? et de quelle manière ? Si non, pour quelles raisons ? »

En préambule, nous remarquons que ni le CMS, ni Pro Senectute n'a de règlement concernant la consommation d'alcool des clients. Il est de la responsabilité de chaque AS d'évaluer l'état de la personne et de poursuivre ou non l'entretien. Si la personne est trop confuse, tous les AS interrogés reportent l'entretien. Un AS souligne qu'un protocole indiquant qu'il est interdit de se présenter au rendez-vous sous l'influence de l'alcool éloignerait certainement les clients ayant le plus besoin d'aide. Un autre professionnel indique qu'il est de la responsabilité de chaque client de se présenter aux entretiens dans un état adéquat. Nous estimons que cette évaluation devrait être faite par chaque professionnel en référence à l'éthique et à la déontologie du métier. En fonction de chaque situation, l'AS devrait se questionner sur le sens de son action et se positionner, comme mentionné dans notre partie théorique.

Lorsque le sujet de l'alcool est abordé avec M. Pompidou, sur les huit AS, seuls deux entameraient le sujet dès le premier entretien :

Le premier AS nous dit agir de la sorte : « *Si pendant la rencontre je remarque qu'il est alcoolisé, là oui je vais aborder le sujet, ça c'est sûr que je vais... il me semble que je lui dirais que selon moi il a bu et que ça me complique de travailler dans ces conditions pis après je lui poserais des questions sur... ouais, voilà, qu'est-ce qu'il en pense et qu'est-ce qu'il veut me répondre* ».

Le deuxième AS nous a répondu comme ceci : « *Alors euh personnellement, c'est pas une ligne qui est donnée dans la maison, mais après chacun fonctionne comme il l'entend [...]. Donc dans le premier rendez-vous je pense que je lui aurais déjà dit qu'il y a un problème et que moi ça m'empêche de fonctionner correctement et que je dois remettre le rendez-vous. Euh dans cet exemple là et dans la réalité je le fais comme ça. Ça m'est eu arrivé* ».

Au travers de ces deux citations, nous émettons l'hypothèse que ces professionnels sont très sensibles au sujet. En effet, ils n'hésitent pas à confondre les clients dès la première entrevue s'ils remarquent que ceux-ci sont alcoolisés.

Les six autres AS n'interviendraient pas lors du premier entretien pour les différentes raisons citées ci-dessous :

- Quatre AS notent qu'il faut d'abord créer un lien de confiance avec la personne
- Un AS pense que les démarches administratives sont prioritaires vu son mandat
- Un AS pense que c'est trop tôt, que c'était peut-être un accident

Nous pensons que pour ces six AS, le thème de l'alcool reste tabou et qu'il n'est pas si aisé d'aborder le sujet avec les personnes âgées. De ce fait, ils préfèrent prendre leurs précautions et attendre quelques temps pour les différentes raisons décrites ci-dessus.

Lors du deuxième rendez-vous au bureau, il y a différentes réactions :

Un AS qui avait déjà osé une remarque lors du premier entretien va revenir sur le sujet et partir du constat pour entamer le dialogue : « *Je pense que je reviendrais sur le premier rendez-vous directement. De manière alors, pas de manière de nouveau trop violente mais je soulignerais que c'est une question qui m'interpelle et puis que c'est quelque chose que j'aimerais aborder, c'est clair et net quoi* ».

Un AS va en premier lieu expliquer au client où en sont les démarches administratives et attendre l'explication éventuelle de son alcoolisation lors la prochaine entrevue : « *Je vais activer les démarches administratives au maximum [...] et reprendre les éléments du 1<sup>er</sup> entretien, très, très doucement et voir si c'était un accident de parcours ou la crainte de venir ou qui a fait que. Et puis voir, essayer de sentir un petit peu comment il réfléchit, comment il rentre là dedans, s'il y a un déni total, s'il a une bonne explication, enfin etc, et puis lui proposer une collaboration en tout cas pour l'aider à remonter au niveau financier* ».

Un AS préfère attendre le prochain rendez-vous pour que le lien de confiance se crée et quatre autres professionnels ne commentent pas cette étape, agissant à la suivante.

A notre avis, ces témoignages nous permettent d'avancer que la manière qu'ont les AS d'accompagner les personnes âgées dépendantes à l'alcool est délicate. S'ils entrent en matière, certains répondent d'abord à la première demande du client qui est souvent administrative puis ils essaient d'aborder le sujet avec douceur. D'autres préfèrent attendre que le lien de confiance soit mieux tissé.

Lors du dernier entretien à domicile, sept AS sur huit, entameraient le dialogue sur l'alcool avec M. Pompidou à la vue des bouteilles qui s'amoncellent dans la maison. Ces sept professionnels vont le faire de différentes manières :

Un AS précise qu'il interviendrait seulement si le lien de confiance est établi avec la personne en utilisant l'humour, en disant par exemple « *Ah, vous avez fait la fête hier soir ?* ». Sinon il attendra avant d'entamer la discussion sur le sujet.

Un AS confronterait le client, à ce moment, sur son état lors du premier entretien et sur les bouteilles vides présentes dans l'appartement et va lui proposer de trouver une solution.

Un AS signifierait que la vision de ces bouteilles le questionne et il essaierait de comprendre la provenance des difficultés budgétaires. Sont-elles dues à des dépenses exceptionnelles ? Il espère ainsi ouvrir la discussion sur le sujet d'une éventuelle consommation : « *Est-ce que le budget peut-être que vous le tenez pas parce qu'il y a d'autres dépenses ?* ». Et là je mettrais ça dans une grande parenthèse, ça peut être les cigarettes, ça peut être l'alcool, ça peut être... pis voilà je mettrais ça dans plein d'autres choses. A voir comment il réagit à ce moment là. Maintenant si à ce moment là encore il nie, euh et bien je pourrais lui dire que je vois ses bouteilles et puis que ça me pose question ».

Un AS saisisrait l'occasion pour entamer le sujet avec beaucoup de diplomatie : « *La 3<sup>ème</sup> fois y a je pense un début de relation qui se crée on va dire, pis je pense que je vais aussi sauter sur l'occasion, d'être dans un, dans une situation aussi euh, parlante. Et ça, avec toutes ces bouteilles* ».

*etcetera, parce que si je laisse passer cette occasion là peut-être qu'il sentira un tout petit peu moins l'alcool ou plus, et pis y aurait peut-être plus d'occasion comme ça, je dirais ».*

Un AS qui avait déjà tenté un dialogue lors du deuxième entretien entamerait à nouveau la discussion en s'appuyant sur les éléments concrets qu'il observe. En fonction de la réaction du client, l'AS décide soit d'approfondir le sujet soit de le reprendre plus tard. Il aura une attitude tolérante et respectueuse qui n'entrave pas le bon déroulement de la suite de la prise en charge : *« Je vois dans quoi vous vivez monsieur, c'est pas facile pour vous, des choses comme ça, et lui, à ce moment là, ça dépend tellement de la situation, il dit non non il n'y pas de problème, je vais sortir tout ça, y a aucun souci, c'est juste ... là c'est bien évident qu'il ne veut pas rentrer en matière, donc c'est pas le moment de rentrer de front, c'est mieux de créer une relation qui permet de rentrer plus après ».*

Un AS procéderait plus ou moins de la même manière en reportant la discussion à plus tard s'il sent que la personne n'est pas prête à en parler, afin de ne pas casser le lien qui s'établit.

Un AS qui était intervenu déjà aux deux rendez-vous précédents évaluerait à nouveau la situation et demanderait à la personne de ne pas se présenter alcoolisée lors des entretiens : *« Oui donc là je pense que je referais de nouveau la même évaluation que la première fois. Est-ce qu'il est à même de comprendre ? A quel niveau il se trouve ? Et puis je pense que je soulignerais le fait que moi ça m'inquiète et que surtout je veux que lors des entretiens il n'y ait pas ce problème d'alcool ».* Ce même AS précise qu'il faut tout de même se méfier des bouteilles sur le balcon car parfois cela est simplement dû au fait que la personne ne sort jamais et que les bouteilles s'amoncellent sur une longue période.

Le huitième AS n'utiliserait pas les observations faites à domicile sur le moment mais lors d'une prochaine entrevue par respect pour la personne qui lui a ouvert sa porte. Voici ce qu'il nous disait à ce propos : *« Quand je vais à domicile, dans ce cas de figure là, je ne parle absolument pas, de ce que j'ai vu, de ce que je vois sur place. Il a déjà, j'ai beaucoup de respect pour les gens qui nous accueillent à domicile, euh, je le remercie qu'il m'ait ouvert la porte, parce que ça me permet effectivement d'avoir euh, de pouvoir cogiter là-dessus, de pouvoir utiliser ça un petit peu plus tard [...] et je vais reprendre lorsqu'il est dans mon bureau, au prochain rendez-vous, ça c'est sûr ».*

Nous émettons l'hypothèse que la personnalité de chaque professionnel influence sa manière d'agir. Par exemple, une personne utiliserait l'humour alors que d'autres emploieraient un ton plus empathique. De plus, nous estimons que les valeurs de chacun orientent leurs actions comme nous l'observons dans l'extrait ci-dessus. En effet, pour cet AS, le respect de l'intimité du foyer est une valeur importante et, de ce fait, il préférerait reprendre la discussion à son bureau.

Dans la description faite par les huit AS, on peut encore relever plusieurs éléments sur la manière d'intervenir dans cette situation :

Si la personne âgée est ouverte au sujet, il faut lui demander comment elle en est arrivée là et quels sont ses besoins. Il est aussi important de fixer des objectifs à court terme, de voir concrètement aujourd'hui ce qui lui pose problème et ce qui pourrait être envisagé. Si elle ne veut pas parler de son problème d'alcool, il faut rechercher si elle a de l'aide autour d'elle (famille, médecin...) et lui proposer d'aller voir Addiction Valais ou lui assurer un suivi plus régulier qui pourrait peut-être l'aider.

Si elle veut parler de ce sujet, l'AS est toujours ouvert comme ici : « *Je reste ouverte parce que des fois c'est euh c'est le bout de la pelote de laine. C'est parce qu'elles ont commencé à discuter qu'on peut nous un petit peu aller un bout, et pis c'est avec nous si elles ont commencé à discuter ici qu'elles vont pouvoir construire le projet d'aller après à la LVT. Si tu les embarques directement à la LVT, elles ne reviennent plus* ». Au vu de ce qui précède, nous pensons que les AS devraient sans cesse adapter leur intervention à la disposition des clients. Le sens de l'improvisation devant l'imprévisibilité de l'être humain est une qualité première dans cette pratique professionnelle.

Au point de vue théorique, les AS peuvent se référer aux six étapes de Prochaska et Di Clemente. Ainsi, en fonction du discours de la personne âgée sur sa consommation, les AS peuvent évaluer la situation du client : inaction, prise de conscience, préparation, action, maintien, aboutissement. Ensuite, grâce à l'entretien motivationnel, ils peuvent l'accompagner en s'appuyant sur les recommandations relatives à chaque étape. Nous avons remarqué que les intervenants en addiction ont tous connaissance de cette méthode qui est à la base de leur pratique. Par contre, il n'y a que quelques AS des autres institutions qui la connaissent car elle ne fait pas partie de la formation de base des travailleurs sociaux mais plutôt des spécialisations ou formations continues.

Un AS pense que chacun va traiter le sujet de manière différente selon son rapport au produit et au thème. Chaque personne est différente et est plus à l'aise pour discuter de certains sujets plutôt que d'autres. De plus, nous retrouvons dans notre partie théorique une définition de la profession d'Alain Mulard qui fait référence aux différents éléments qui orientent l'action de chaque AS : « [...] *la professionnalité de l'assistant social, sa "signature" professionnelle se construit dans la combinatoire complexe de ressources et de contextes évolutifs, autour d'une sorte de "navigation contradictoire et dialectique", turbulente, en conflit constant avec des "vents contraires" et des objectifs à écrire et à ré-écrire avec les personnes, la société du moment, dans un esprit de questionnement permanent sur les valeurs qui fondent son intervention*<sup>117</sup> ».

Un AS relève qu'il faut aller au rythme de la personne âgée et que cela prend du temps. Le but n'est pas de lui donner une carte d'Addiction Valais dès que le problème est perçu mais d'essayer de la comprendre, d'écouter sa demande et peut-être dans un deuxième temps, de l'accompagner vers Addiction Valais avec son accord.

Un AS dit que le rôle du CMS est de diriger les gens vers des spécialistes lorsque cela est nécessaire. Par rapport à l'alcool, cela est délicat. En parler aux gens peut rompre le lien et cela prend du temps. « *C'est tout l'art de notre métier* ».

---

<sup>117</sup>MULARD A., *Compétences singulières du travail social: synthèse et regard critique sur le référentiel de compétences des métiers du social élaboré dans le cadre de la HES S2*, intervention tirée des actes de la journée ARTIAS « Entre décalages et tensions, quel futur pour le social ? », 29 novembre 2001, p. 12

Nous remarquons que sur les huit AS, finalement chacun va réagir différemment selon les éléments cités ci-dessus, ce qui correspond à une de nos deux hypothèses (cf. chapitre 8.3). Les actes posés dépendent de l'évaluation permanente que fait chaque AS de la situation. Cet élément est ressorti dans notre partie théorique sur l'éthique. L'intervention de l'AS va dépendre du cadre législatif, de la mission de l'institution, des techniques et de son expérience. De plus, dans la manière de faire, les AS ont une assez grande liberté. Ils vont moduler les méthodes pour aider au mieux chaque client. Globalement, nous constatons que tous les AS prennent au sérieux les difficultés en lien avec l'alcool. Un élément cité par pratiquement tous les AS est l'importance du lien de confiance qui va permettre ou non d'aborder des questions plus délicates comme la consommation d'alcool. Ceci est en adéquation avec la théorie de Pascal Menecier : Le lien de confiance est indispensable. Il faut également sentir le bon moment pour aborder le sujet. Il stipule aussi qu'il n'est pas nécessaire de baser tout un entretien sur l'alcool car cela pourrait effrayer la personne âgée.

#### 6.3.1.4.2 Méthode d'intervention des AS d'Addiction Valais

« Dans les situations que vous suivez, comment cela s'est-il passé ? Qu'avez-vous fait ? »

Les AS et les intervenants d'Addiction Valais éclairent notre compréhension de leurs démarches par la description de situations concrètes et nous apprennent que la prise en charge varie selon l'âge des clients et la sensibilité de chacun. Néanmoins, tous semblent cibler les mêmes problématiques : *« Je pense que si on nous présentait tous la même personne, je pense qu'on mettrait tous le doigt aux mêmes endroits, sur ce qui coince, et ce qu'il faut travailler, maintenant certainement qu'au niveau de la conduite des entretiens, je pense que la formation, l'expérience et ces différentes choses doivent entrer en ligne de compte ».*

Les différentes manières d'intervenir peuvent se résumer ainsi :

- Le but visé est la réduction des risques plutôt que l'abstinence. Jusque dans les années 2000, le traitement des dépendances était ciblé sur l'abstinence. Depuis, la consommation contrôlée offre une alternative qui permet de gérer la consommation d'alcool de manière acceptable.
- Le dialogue permet de comprendre les causes de la consommation excessive. Cet élément est mentionné plusieurs fois par Pascal Menecier dans ses ouvrages.
- La réflexion va porter sur des occupations adaptées qui redonnent un sens à la vie autrement que par le travail.
- La collaboration avec les médecins traitant vise à soigner les aspects somatiques liés à la consommation d'alcool ou à la vieillesse.
- En cas de besoin, l'orientation vers un psychiatre peut s'avérer nécessaire.
- Il n'est pas négligeable de renouer les liens avec la famille et les proches pour se reconstruire.



- Le travail reste très concret comme par exemple structurer sa semaine. Ce sujet est abordé dans le guide destiné aux professionnels « *Vouloir changer – une approche axée sur le client traitant de l’usage d’alcool et de médicaments chez les aînés* ». Selon les auteurs, il est primordial de se centrer sur les préoccupations immédiates de la personne âgée en la questionnant sur son mode de vie, son alimentation, ses pertes, sa santé, sa mobilité, ses fonctions sensorielles et sa consommation d’alcool ou d’autres drogues.

Au vu de ce qui précède, nous remarquons principalement que les professionnels d’Addiction Valais peuvent aborder beaucoup plus rapidement le sujet de l’alcool qui constitue le but de la consultation. A contrario, les AS des CMS et de Pro Senectute rencontrent les aînés pour d’autres raisons, liées à un aspect financier ou administratif. De ce fait, il est plus délicat pour eux d’entamer le dialogue sur la thématique de l’alcool et ils attendent quelques entretiens avant d’aborder le sujet. Ils prennent des précautions afin que leur démarche ne rompe pas le lien de confiance établi. Concrètement, les AS des CMS et de Pro Senectute savent que leur rôle n’est pas de traiter le problème d’alcool mais plutôt d’orienter leurs clients vers Addiction Valais lorsque cela est nécessaire. Le sujet est délicat, néanmoins ils essaient de trouver le bon moment pour en parler et ne le laissent pas de côté. Certains AS utilisent les éléments observés à domicile pour parler directement du sujet, d’autres amènent la personne âgée à parler de son problème par d’autres biais, via le budget par exemple, sans citer expressément la consommation d’alcool.

#### 6.3.1.4.3 Outils spécifiques ?

##### « Utilisez-vous des outils spécifiques ? »

La moitié des AS de CMS et de Pro Senectute disent ne pas disposer d’outil spécifique pour l’accompagnement des personnes âgées dépendantes à l’alcool. Ils nous citent cependant différentes astuces :

- Un AS utilise les brochures d’Addiction Suisse.
- Deux AS débutent les entretiens par l’aspect administratif puis continuent par les points les plus délicats. Ils évaluent globalement la situation et estiment l’importance du réseau social et familial du patient. Un des deux AS a auparavant travaillé à Addiction Valais et connaît bien le domaine. Il préfère laisser les outils spécifiques aux professionnels de cette institution. De notre point de vue, les AS de Pro Senectute et du CMS ont conscience qu’il ne leur revient pas de traiter le problème de dépendance à l’alcool et comptent sur les compétences des intervenants en addiction pour gérer l’accompagnement.
- Les dépenses particulières occasionnées par l’achat démesuré d’alcool, mis en évidence par le budget que l’AS établit avec le patient peuvent ouvrir la discussion sur ce sujet délicat. Le lien avec le CMS permet d’obtenir des renseignements supplémentaires. En cas de doute, l’AS demande de l’aide aux collègues d’Addiction Valais.
- Le feeling est mentionné à plusieurs reprises par les quatre AS. Au travers de tous les entretiens, nous avons remarqué qu’il était difficile pour les AS de nommer précisément leur manière de procéder car elle se compose de plusieurs éléments subjectifs tels le feeling, les ressentis, les valeurs ou les représentations.



Les quatre autres AS n'ont pas cité d'outil spontanément mais aucun moyen spécifique n'est apparu dans l'entretien.

Tous les AS connaissent Addiction Valais et savent qu'ils peuvent y orienter leurs clients ayant des complications avec l'alcool ou poser des questions pour leur propre pratique. De ce fait, nous pourrions imaginer qu'Addiction Valais serait un outil pour les autres institutions du réseau.

Les professionnels d'Addiction Valais utilisent tous l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) comme moyen d'évaluation ou comme outil. C'est un questionnaire qui permet d'évaluer la personne dans différents domaines comme la santé psychique, physique, les relations familiales, la consommation, la situation judiciaire, etc. En conclusion, des objectifs vont être décidés entre la personne et l'intervenant.

A part cette méthodologie, il n'y a pas vraiment d'outil, chacun étant libre dans l'accompagnement qu'il propose.

Pour trois AS sur cinq, l'outil principal est l'entretien. Un des AS préconise l'entretien motivationnel et explique que son rôle est parfois d'aller chercher chez les gens l'étincelle qui leur fera voir le problème différemment. Il faut les convaincre de leur capacité à changer et ne pas leur masquer la difficulté de prendre leur vie en main. Il nomme cet outil « *la force de conviction* » : « *C'est peut-être pas un outil très, très scientifique, c'est peut-être d'utiliser toute la force de conviction que nous on peut avoir dans l'être humain, en disant « c'est pas possible vous pouvez pas, vous pouvez pas vous laisser aller comme ça » c'est de leur rendre leur fierté* ». Il dit également qu'il faut savoir orienter vers des psychiatres lorsque cela est nécessaire. Nous pensons que cet extrait présente deux autres aspects qui influencent la pratique des AS. Il s'agit de la représentation de leur rôle professionnel ainsi que de leurs convictions personnelles. Par exemple, nous voyons ci-dessus le témoignage d'un AS qui a foi en l'être humain et qui va donc tenter de mobiliser la personne, quel que soit son âge.

Un AS nomme la brochure d'activité de Pro Senectute qu'il utilise régulièrement avec les personnes âgées. Un autre met en avant l'écoute et le savoir professionnel.

Un intervenant en addiction nous explique que son outil spécifique est la création d'un lien affectif : « *Essayer vraiment d'avoir plus un lien. Ça sera la différence, c'est que mon outil c'est peut-être d'être dans quelque chose d'affectif je pense quelque part. Qu'ils aient quelqu'un à qui parler et qu'ils soient contents de sortir et de voir quelqu'un de temps en temps* ». Selon nous, cet élément affectif est particulièrement présent dans l'accompagnement des personnes âgées. Bien que notre statut d'AS nous demande de garder une distance professionnelle, il est parfois difficile de s'y tenir, surtout face à des êtres en souffrance.

Un autre professionnel précise que l'outil principal est l'écoute et le savoir professionnel : « *De temps en temps on a des outils gadgets si on fait de la consommation contrôlée on va donner des grilles pour que les gens puissent noter... mais c'est pas des outils. Le vrai outil c'est d'être à l'écoute de la personne, le vrai savoir professionnel c'est justement d'arriver à comprendre ce qu'il veut vraiment, pas ce qu'il dit* ».

D'une manière générale, tous les AS, qu'ils soient dans un CMS, à Pro Senectute ou à Addiction Valais disent ne pas utiliser d'outil vraiment spécifique pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à l'alcool.

Les AS d'Addiction Valais utilisent l'IGT avec tous leurs clients, quel que soit leur âge. Ils travaillent ensuite en fixant des objectifs avec la personne. Leur outil principal est l'entretien et les attitudes professionnelles y relatives (écoute, respect...).

Les AS de Pro Senectute et des CMS ne mentionnent pas l'entretien comme outil mais l'utilisent indéniablement. La moitié des personnes interrogées travaillent au feeling dans ce genre de situation.

La création du lien de confiance est également évoquée dans presque tous les cas. De plus, les professionnels savent qu'ils peuvent s'adresser à Addiction Valais en cas de besoin.

#### 6.3.1.4.4 Différence de prise en charge entre une personne âgée et un jeune

Comment auraient agi les AS de Pro Senectute et du CMS si M. Pompidou avait vingt-quatre ans ? Sur les huit AS, trois pensent que la manière d'intervenir est la même pour une personne âgée que pour une jeune. Un AS pense que la différence de personnalité des professionnels ou le type de relation diffèrent mais que la démarche est la même : « *Non, je pense pas que la prise en charge soit forcément la même mais la manière d'aborder le sujet ou bien la façon de ouais d'en parler, de quand en parler ou de ne pas en parler, je pense que c'est la même. Mais la prise en charge non* ».

La préoccupation pour un jeune qui a son avenir devant lui est plus grande pour quatre des cinq AS ayant mentionné la différence de prise en charge. Concrètement, ils vont mettre une grande énergie pour aider un jeune à trouver des solutions et viser plutôt l'amélioration de la qualité de vie pour l'ainé. La confrontation sera plus directe avec un jeune et les moyens d'action plus nombreux. Nous pouvons encore parler ici de réinsertion professionnelle et sociale, de cure de désintoxication, etc... : « *Y a un parcours très, très différent, y a, moi je pense qu'il y a une approche spécifique avec les jeunes, du pourquoi ils s'alcoolisent déjà [...]. Et puis je pense, les moyens à proposer sont peut-être différents aussi. Une personne âgée qui est déjà dans son alcoolisme depuis longtemps, on va pas parler de cure de désintoxication comme à un jeune* ».

Ce deuxième extrait d'un AS de Pro Senectute présente le même thème : « *Moi je pense que oui dans le sens où avec une personne jeune on va mettre beaucoup plus d'énergie à essayer de baisser le niveau d'alcool [...]. Euh donc à ce niveau là moi je pense que la prise en charge d'une personne âgée elle est un peu plus douce qu'avec une personne plus jeune. Parce que justement il y a toutes ces années de consommation derrière peut-être et puis le fait de stopper ça pourrait vraiment avoir des conséquences néfastes* ».

Le déni est plus fort chez une personne âgée et elle est plus renfermée. Sur le plan financier, un aîné a droit à un revenu minimum sous la forme d'une rente AVS et de PC alors qu'un jeune n'a pas cette sécurité minimale. Un autre AS affirme qu'il peut être très dangereux pour la santé d'une personne âgée d'arrêter de boire de l'alcool du jour au lendemain. Ceci peut entraîner un malaise, voire une crise d'épilepsie.

Le cinquième AS relève que la prise en charge est différente avec chacun, quel que soit son âge car les besoins ne sont pas les mêmes. Contrairement aux quatre autres professionnels, ce dernier aurait attendu peut-être plus longtemps pour aborder la question avec un jeune pour vraiment le connaître et établir un bon contact.

Du côté des intervenants d'Addiction Valais, tous estiment que la prise en charge n'est pas la même. Trois estiment qu'entre un retraité et un jeune, elle est très différente alors que deux autres la jugent variable quelle que soit la personne.

La différence réside principalement dans la définition des objectifs. Alors que pour un jeune la réinsertion professionnelle serait au centre, les éléments ci-dessous s'adressent plus spécifiquement aux aînés :

- Trouver des activités d'occupation
- Garder le lien ou recréer des liens
- Améliorer la qualité de vie
- Réduction des risques plutôt qu'abstinence
- Redonner un sens à sa vie

Comme cité dans notre partie théorique, les objectifs peuvent figurer dans un contrat tripartite. Le but visé n'est pas forcément la réussite de toutes les résolutions mais le processus d'action et la participation du client. L'objectif ne doit pas être une barrière pour lui et reste objet à négociation.

De plus, trois AS remarquent que la manière de s'adresser à la personne âgée est beaucoup plus douce qu'avec un jeune. Les mots « touchant », « tendre », « délicat », « énorme respect de l'intimité » sont utilisés, comme nous le voyons dans les extraits suivants de deux intervenants en addiction : « *Mais pour moi la personne âgée elle a un côté encore plus touchant, donc je vais plus forcément, plus ouais ben essayer de garder le lien, essayer de me dire ben ils ont au moins quelqu'un vers qui parler euh même si au final je ne travaille plus vraiment sur la question de l'alcool avec eux* ».

« *Euh alors peut-être que le discours il est, il est plus tendre que ferme avec les anciens, et il est plus ferme avec tendresse pour les jeunes qui sont là. De dire, mais non d'un chien t'as les capacités et, euh, et réveiller ses capacités chez le jeune et pis de faire retrouver certaines de ses capacités à des plus âgées et les plus anciens. En se disant mais vous avez encore des belles vies devant mais faut qu'elles soient les meilleures possibles. Je crois que c'est ça la différence* ».

Sur les treize professionnels interrogés, dix pensent que la prise en charge d'une personne âgée et d'un jeune est différente.  
Les arguments donnés concernant cette différence de prise en charge ne sont pas les mêmes. Pour les AS d'Addiction Valais, elle réside essentiellement dans les objectifs fixés tandis que pour les autres AS, elle se trouve plus dans l'investissement d'énergie.  
Finalement, la majorité des professionnels abordent le sujet d'une manière plus douce avec les aînés.

Au cours de l'entretien, nous avons voulu connaître où résident les plus grandes difficultés de l'accompagnement des seniors :

Pour un AS, les difficultés sont les troubles liés à l'âge (Alzheimer), la solitude, les problèmes de santé, les ressources familiales et financières. Il faut faire le deuil de la vie active, le deuil de la famille et le deuil d'un confort matériel, supporter son conjoint 24h/24 et s'ennuyer.

Pour un professionnel, la difficulté serait de banaliser le problème au vu de l'âge et de ne pas prendre en compte les souffrances de la personne.

Pour deux interviewés, la durée de la dépendance revêt une grande importance. Si elle est installée depuis des années, le comportement sera plus difficile à changer.

Plusieurs AS pensent que nos anciens sont plus renfermés et n'ont pas l'habitude de parler d'eux-mêmes. Il est alors plus difficile d'obtenir la confession de leurs émotions, comme nous le voyons dans l'extrait d'entretien d'un AS d'Addiction Valais : *« Alors plus la personne est âgée, plus il faut être délicat avec elle moi je trouve. Il faut être d'autant plus délicat que quelqu'un qui a passé 80 ans par exemple, qui vient d'avant la guerre, il a pas les mêmes codes sociaux que nous, il a pas les mêmes définitions de l'intimité. C'est des gens, encore plus dans les hommes que dans les femmes, qui ont énormément de peine de parler d'eux-mêmes, parce qu'on leur a jamais demandé de parler d'eux-mêmes. Ils ont énormément de peine à parler de leurs émotions, parce qu'on leur a jamais parlé de leurs émotions »*.

#### 6.3.1.5 Travail en réseau

*« Face à cette thématique, travaillez-vous en réseau ? De quelle manière ?  
Qui sont les intervenants ? L'entourage de la personne est-il pris en compte ? »*

Sur toutes les personnes interviewées lors de nos entretiens, quatre professionnels nous ont répondu que le travail en réseau est très peu utilisé. Soit, de leur mandat, ils ne peuvent imposer un réseau à la personne concernée, soit que la collaboration entre les institutions est faible et il n'y a pour ainsi dire presque pas de réseau. Quant aux autres, les réponses étaient diverses. Voici quelques points retenus :

- Lorsque les interviewés nous parlaient du travail en réseau avec le CMS, quatre n'ont pas différencié le service infirmier du service des assistants sociaux, une personne nous a parlé d'AS de CMS et cinq ont plutôt dit collaborer avec le service infirmier.
- Sept professionnels ont nommé le médecin comme intervenant dans le réseau. Selon certains avis, il connaît la personne depuis longtemps et le lien de confiance est suffisamment tissé pour aborder un problème aussi difficile.
- Quatre AS de Pro Senectute ont exprimé le manque de collaboration entre leur service et celui d'Addiction Valais. Ils nous ont expliqué n'avoir que peu de situations en réseau voire quasiment pas. Ils s'échangent des informations de temps à autre de manière informelle lorsqu'ils se croisent durant leurs heures de travail. Comme cité dans notre partie théorique, les réseaux de support sont utilisés par les professionnels pour compléter leur savoir. Ils sont souvent informels et précieux.

- Un intervenant d'Addiction Valais oriente ses clients vers un psychologue. Il explique qu'au départ, les personnes le regardent d'un air suspicieux, parce que de leur temps, les psychologues étaient présents pour les « fous ». Mais après avoir tenté l'expérience, elles affirment avoir été aidées.
- Un aîné alcoolique perd très souvent son entourage et son réseau social, comme nous dit un AS du CMS : « *La famille y a plus. Alors ça je peux le dire ouais vraiment, c'est vrai que, ce que j'ai constaté c'est que les personnes dépendantes à l'alcool qui sont âgées, n'ont absolument plus aucun réseau familial, personnel, social, ils sont isolés* ».
- Un professionnel d'Addiction Valais nous a également parlé de la nécessité d'un travail en réseau où le client a une place centrale : « *Et plus la personne est âgée, plus j'ai de peine, parce que je trouve que c'est... c'est tellement intrusif, c'est tellement dur euh voilà, pis que les professionnels quand on se met trop, beaucoup ensemble, on tombe trop souvent tous dans le même pêché d'orgueil, on pense qu'on est tous des très grands spécialistes, et qu'on est tellement spécialistes de toute façon on a raison hein on sait ce qu'il faut pour la personne pis la seule chose qu'on va oublier c'est la personne elle-même. Alors oui pour le réseau, mais pas n'importe comment* ». Ce témoignage correspond à notre chapitre sur les dérives possibles du travail en réseau. Si le pouvoir est détenu par les professionnels, le patient est souvent mis à l'écart des préoccupations.

Souvent, plusieurs professionnels soutiennent une personne âgée comme un médecin, un AS ou un établissement mais le travail en réseau n'est pas systématique, bien qu'il soit fondamental. Certains AS se plaignent de ce manque de collaboration alors que d'autres estiment difficile de ne pas tomber dans les dérives de ce système et de ne pas oublier le patient.

### 6.3.2 Thème 2 : Les représentations

#### 6.3.2.1 Représentations de la personne âgée et de la vieillesse

« *Que vous évoque le thème de la vieillesse ? Que représente pour vous vieillir ?  
Qu'est-ce qu'une personne âgée ?* »

Beaucoup d'éléments sur les représentations de la personne âgée sont apparus tout au long de nos entretiens, au travers de toutes les questions. Nous relevons dans ce chapitre uniquement ceux qui sont ressortis de nos discussions. Nous voulions connaître les représentations des professionnels afin d'analyser leur influence sur la pratique.

Quatre AS se sont questionnés à haute voix sur la vieillesse. Pour eux, l'âge de la retraite n'implique pas forcément le terme de personne âgée. Avec l'espérance de vie qui augmente, elles estiment que la vieillesse débute plutôt vers 80 ans, comme nous le voyons dans les propos d'un AS de Pro Senectute : « *Non c'est pas l'âge, parce que je pense qu'on est dans une nouvelle définition de la vieillesse. On avait l'âge de la vieillesse au moment de l'AVS, c'était 65 ans mais en général on n'arrivait pas à 70 ans, donc c'était une vraie vieillesse. Aujourd'hui je pense que la grande majorité des gens jusqu'à l'âge de 80 ans, ils sont pas vieux. Ils sont à la retraite, ils sont en dehors de la vie active mais ils sont pas vieux* ».

Une de ces quatre personnes intervenant à Pro Senectute utilise une expression qui nous a beaucoup plu : « *Après pour moi c'est pas un chignon et des cheveux blancs qui font des gens vieux* ».

Dans notre concept théorique sur la personne âgée, nous parlons de vieillesse à partir du moment où la personne quitte son travail et se retrouve à la retraite, ceci étant la dernière étape de vie. Même si pour les professionnels il n'y a pas un âge précis, la psychologie du développement humain cite la retraite comme étant le début de la vieillesse. Elle se situe aux alentours de soixante ans. De plus, trois aspects caractérisent le vieillissement, à savoir : le vieillissement physiologique, accéléré et pathologique.

Dans la majorité des réponses, les AS mettent en opposition les aspects positifs et négatifs de la vieillesse d'une manière assez nette. Soit la vieillesse est une période heureuse, soit elle est source de beaucoup de souffrances. Les AS notent que dans leur quotidien, ils ne voient malheureusement que les personnes âgées ayant des difficultés. Cette opposition entre le retraité épanoui et le vieillard isolé se retrouve dans notre chapitre sur les représentations de la vieillesse dans notre société.

Dans les points positifs évoqués, nous retrouvons les notions suivantes : moment paisible et calme, magnifique tant que la santé suit, manque de rien, belle vie, profit de faire beaucoup de choses.

Les points négatifs sont les suivants : situations dures, compliquées et tristes, une déchéance, de la tristesse, affreuse, détresse financière, solitude, dégradation physique, laisser-aller, train-train, problèmes de santé, perte de capacités, faire des deuils, corps affaibli, accepter que les enfants s'occupent d'elles et non le contraire, souffrances, isolement, perte de mobilité, perte d'activité. La solitude a été citée le plus souvent. Toutes ces pertes liées à la vieillesse trouvent leur correspondant dans notre partie théorique.

Au niveau des représentations de la personne âgée, nous retrouvons différentes notions :

Pour deux des AS, la personne âgée représente un cumul d'expériences incomparables à celle d'une bibliothèque.

Pour trois AS, les aînés d'aujourd'hui ont eu des vies très rudes et il faut énormément respecter leur histoire. Celle-ci peut parfois expliquer un problème d'alcool. Un AS de CMS pense aussi que leur existence nous donne de belles leçons de vie : « *Tu rencontres des gens, qui sont même dans des problèmes jusqu'au cou, qui, qui ont appris toute leur vie à se battre, à ne pas se laisser aller, pis qui nous donnent des bonnes leçons de positivisme, de courage, d'affronter les problèmes, ah, faut aussi savoir ça je crois* ».

Pour un intervenant en addiction, le rôle de la personne âgée a changé par rapport au passé. Aujourd'hui, elle reste un acteur important du circuit économique et il leur est encore demandé beaucoup de choses : La garde des petites enfants, un vaste panel de loisirs payants... : « *Par rapport au système économique dans lequel on est, on peut dire qu'ils restent des acteurs importants soit pour continuer à décharger leurs propres enfants de certaines tâches euh donc ça c'est un premier aspect. L'autre aspect que je vois aussi qui a beaucoup évolué c'est euh les gens*



*sont souvent encore très en forme donc il y a un aspect d'occupation autre que le travail de loisirs à mettre en place sur une durée peut-être qui est plus longue qu'auparavant ».*

Un autre élément relevé par la même personne est que les retraités sont plus facilement isolés que par le passé. De plus, ils sont tributaires des choix de leurs enfants : *« Y a aussi des aspects de désinsertion. Par exemple on peut imaginer qu'avant une personne âgée elle avait peut-être toujours son petit lopin de terre, son petit jardin à faire etc, pis qu'aujourd'hui ben ses enfants ont vendu la maison, elle se retrouve en ville de Sierre, elle a plus de jardin euh donc ya des aspects comme ça aussi où finalement on doit réorganiser des choses qui ont été désorganisées pour dire simple ».*

Un deuxième AS de CMS parle également du rôle des seniors dans l'économie : *« C'est clair qu'on oublie de dire aussi que les personnes âgées consomment beaucoup. Toutes leurs rentes ou leurs biens va, c'est quand même des biens de consommation, ils consomment quand même les personnes âgées, ben oui qui dépensent leur argent quand même hein, ils paient leur loyer, leurs factures, peut-être mieux que les jeunes ».*

Pour un autre professionnel de Pro Senectute, cette étape de la vie est encore plus importante que les autres car elle permet de tirer un bilan : *« Donc ouais non j'trouvais que vraiment j pense que c'est comme toute étape de la vie. C'est, et encore plus importante celle-là parce qu'on fait un bilan de sa vie, on est quand même ce qu'on a, ben, été toute sa vie ».*

Pour un des interviewés du CMS, les progrès de la médecine posent des questions éthiques en rapport avec la personne âgée : *« Ben je pense qu'il y a les 2 perspectives, je pense vieillesse, je pense Ah, y a beaucoup de choses qui ont changé et c'est super, y a des possibilités bien différentes et pis y a l'autre côté où ça coute, c'est difficile à résoudre, y a tout ce problème de prise en charge médicale, jusqu'où, jusqu'à quand, qu'est-ce qu'on propose, les problèmes éthiques ».*

Pour un AS d'Addiction Valais, la vieillesse est une période qu'il faut préparer, non seulement au point de vue des activités mais également des relations, au niveau du couple par exemple : *« Vieillir ça veut dire peut-être : faire effectivement, euh, des choix assez vite pour continuer à justement bien vivre. C'est-à-dire c'est préparer ».*

En résumé, il y a autant de représentations de la personne âgée que d'interviewés car celles-ci sont propres à chacun. Elles se fondent sur plusieurs éléments tels que le vécu, l'âge de l'AS ou les relations qu'il entretient avec ses clients. Nous avons remarqué que les mots utilisés dans leur description étaient plus souvent négatifs.

En fonction de leurs représentations, les AS vont mener leurs actions de manières différentes.



### 6.3.2.2 Représentation d'une dépendance à l'alcool

« *A partir de quel moment la consommation est à risques, selon vous ? Une dépendance à l'alcool, d'un point de vue professionnel, vous vous le représentez de quelle manière ?* ».

Nous pensons que ces représentations peuvent influencer la manière d'intervenir des professionnels et souhaitons vérifier cette hypothèse.

Selon nous, trois éléments forts sont ressortis des entretiens. Le premier se situe autour de la notion de « responsabilité » et de choix. Chaque personne est responsable de sa propre consommation et des conséquences qui en découlent. Voici les propos d'un professionnel d'Addiction Valais à ce sujet : « *Moi j'ai une phrase là, vous êtes l'expert de ce qui est bon vous ! Moi je crois qu'il faut arrêter de croire que les gens sont débiles et comprennent pas. Ils comprennent très bien. Après c'est leur espace de responsabilité, certains diraient liberté, moi je dis responsabilité par rapport à tout ce qu'il y a autour d'eux aussi* ». Dans ce témoignage, nous estimons que le regard qu'a l'AS sur le client va déterminer sa pratique professionnelle. En effet, s'il pense que la personne est responsable de ses actes et non victime de la société, il va adopter non pas une posture de protecteur mais de révélateur de soi.

Le deuxième élément se rapportait à l'impact de la consommation d'alcool sur le contexte de la personne. Tant que la personne ne dérange pas une autre, sa consommation est plutôt tolérée. Mais dès qu'il y a des conséquences au niveau de l'entourage ou de la société, une réaction émergera, comme l'explique un AS de Pro Senectute : « *Ca va dépendre de l'entourage, de la famille, de si elle est seule, si elle est pas seule... Là par exemple pour ce monsieur que je parlais avant, ça va très très loin, parce que là il était alcoolisé, j'crois tous les jours, mais il assumait, dans le sens de dire qu'il se levait le matin... Il allait prendre son verre, il revenait, il mangeait un petit truc, il repartait, et tant qu'il tombait pas eh ben voilà. Pis bon je le laissais en fait vivre sa petite vie parce qu'il ne dérangeait personne à quelque part. Voilà, alors après tout le monde assumait aussi, dans le sens où surtout de dire ben si on le retrouve par terre une fois, ben on le retrouve par terre* ».

Le dernier élément concerne la définition de la dépendance à l'alcool. Pour la majorité des AS, ce n'est pas la quantité d'alcool consommée qui est en première ligne mais la qualité de vie de la personne âgée. Nous observons cela dans l'extrait suivant d'un AS de Pro Senectute : « *Alors je peux pas le dire en quantité, moi je dirais plutôt en qualité de vie. Ça veut dire que je pense que ça devient un risque pour la personne âgée du moment où liée aux médicaments euh ça fait des mauvais mélanges, dès qu'il y a des gens qui tombent, qui ont des problèmes au niveau de l'équilibre, qui se lèvent plus, qui font des escarres et tout ça. Je pense que ça, là ça devient vraiment un problème* ».

A propos de la qualité de vie, un professionnel d'Addiction Valais relève que si une personne consommait toute sa vie et qu'elle arrête, sa qualité de vie ne va pas forcément s'améliorer : « *Mais à partir de quel moment c'est grave, c'est ça la question, à partir de quel moment c'est vraiment grave, je trouve que pour les personnes âgées c'est plus difficile à dire que... ya pas vraiment de quantité, c'est plus une question de qualité de vie quoi. C'est plus ça. Est-ce que en enlevant l'alcool on va vraiment lui donner une meilleure qualité de vie ? pas forcément, je suis pas sûre qu'à cette dame, à elle-même, on ait donné une meilleure qualité de vie alors qu'elle était bien. On a peut-être donné une meilleure qualité de vie à son mari qui est moins inquiet, à ses enfants qui sont moins inquiets, mais à elle-même, je ne suis pas sûre. Donc c'est un peu difficile je pense pour des personnes âgées* ».

Nous retrouvons également quelques explications de la dépendance très proches de la définition de l'OMS citée dans notre concept théorique, comme chez un intervenant en addiction par exemple : *« Pour moi, la dépendance c'est que la personne a besoin de boire de l'alcool, que ce soit pour faire passer des symptômes ou pour se sentir bien. Oui c'est ça, c'est que la personne ne peut pas vivre sans, que ce soit pour des raisons psychologiques ou physiques, la personne ne peut pas s'empêcher de consommer et elle ne sait pas faire sans consommer. En général c'est un peu comme ça qu'on définit l'addiction, enfin la dépendance, même en ayant tout à fait conscience des conséquences négatives elle ne peut pas s'empêcher de consommer ».*

D'autres éléments ont été cités par certains AS. Nous les avons présentés ci-dessous :

Un AS de CMS relève qu'il est très impressionné par le phénomène du déni : *« Et pis encore une chose que ça m'évoque, c'est une chose qui m'impressionne c'est euh, ouais tout ce qui relève du déni en fait. C'est vraiment quelque chose, je trouve, incroyable. Quand on a des gens euh, des fois qui, j'ai presque envie de dire entre guillemets, qui ressemblent presque plus à rien, et pis qui sont là, et pis qui le plus sincèrement du monde pensaient que tout va bien ».*

Quatre AS mettent l'accent sur la souffrance et l'isolement relatifs à une dépendance à l'alcool. Une personne utilise le mot « épouvantable » et une autre le terme « affreux » et les soucis médicaux sont cités dans la majorité des cas.

Les professionnels n'ont pas tous la même définition d'une dépendance à l'alcool mais ils s'accordent sur le fait que ce n'est pas la quantité qui importe mais l'impact de la consommation sur la qualité de vie de la personne.

### 6.3.3 L'alcool... leur dernier plaisir ?

*« On entend souvent dire par la population de manière générale que l'alcool est leur dernier plaisir. Qu'en pensez-vous ? ».*

Deux AS sur treize sont relativement d'accord avec l'adage du dernier plaisir. Les deux professionnels notent qu'avec cette population, il est mieux de viser la consommation contrôlée plutôt que l'abstinence. Voici la réponse de l'AS de Pro Senctute : *« Donc voilà annuler l'apéro c'est complètement ridicule [...]. J'trouve vraiment que, aucune raison pour une personne de 85 ans de lui enlever son verre de vin, si elle a toujours eu son verre de vin. De quel droit on se permettrait de, de l'enlever. Au contraire, je trouve qu'on devrait vraiment lui permettre de, de le faire ».*

Voici la réponse de l'AS d'Addiction Valais : *« Pour une personne âgée, c'est vrai que je suis assez d'accord avec cette idée que si la personne a vécu jusque là, euh il faut pas diaboliser non plus, peut-être qu'il faut lâcher un peu plus [...]. Ça va plus être justement de faire de la réduction des risques, c'est à dire on va essayer de limiter au maximum les conséquences négatives de la consommation. Donc plus dans l'idée que la personne maîtrise un peu mieux sa consommation pour réduire ses conséquences et pas l'arrêter totalement pour que tout aille bien ».*

Pour deux autres AS, il serait triste de penser que l'alcool puisse être le dernier plaisir de la vie. Ces deux professionnels pensent que le dicton du dernier plaisir n'est pas bien formulé. Voici les propos d'un intervenant en addiction à ce sujet : *« Ça peut être un plaisir. Mais ça serait triste que ça*

*soit le dernier plaisir [...]. Ça peut être tout autre chose, c'est... la difficulté, le problème c'est pour celui pour qui c'est un plaisir, pourquoi il faudrait l'enlever ? Mais pour celui qui a suffisamment de plaisir, il a peut-être pas besoin de ça. Il y a aucune raison de lui proposer de le faire. Alors la tournure elle est fausse à mon avis dans cet adage populaire ».*

Pour neuf des AS interrogés, cette question du dernier plaisir dépend de la situation de la personne âgée. Si celle-ci souffre de dépendance à l'alcool, consommer ne sera pas un plaisir. Sans problème d'alcool, celui-ci peut en être un. Voici quelques extraits de témoignages allant dans ce sens :

Un AS d'Addiction Valais : « *Moi je dirais pour quelqu'un qui n'a pas de problème d'alcool, qui s'est pas grillé les ailes avec l'alcool, euh qui a 80 ans, qui à un repas de famille va boire 4-5 dl, je dis oui le dernier plaisir. Euh maintenant pour quelqu'un qui a perdu la maîtrise de la consommation, on peut plus parler comme ça ».*

Un AS de Pro Senectute : « *Je pense que pour les personnes qui ont un problème d'addiction, non c'est pas vraiment le dernier plaisir. Enfin pour ce que j'ai vu d'une personne à domicile qui boit vraiment mais... moi je trouvais ça affreux ! Un appartement dégueulasse, des bouteilles partout, j'ai eu une odeur épouvantable. Donc euh quand j'ai cette image en tête, je dis non, le seul plaisir qui reste... non, je suis pas franchement d'accord avec ça. Maintenant pour les gens qui ont pas de problème particulier, oui ».*

Un AS de CMS : « *Alors moi encore une fois l'apéro si on boit un verre à 11h30 de blanc pour ouvrir l'appétot, l'appétit pardon, pour accueillir une bonne viande, ou un bon repas, pourquoi pas. Encore une fois, tout est une question de mesure. Personne âgée un apéritif à 11h30 ne me pose pas de problème, mais il faut que ce soit le premier de la journée à 11h30 ! et pas le 8ème on est d'accord ».*

La majorité des professionnels interrogés ne sont pas tout à fait d'accord avec cet adage. Selon eux, si la personne âgée a une belle qualité de vie, boire un verre d'alcool de temps à autre peut être un plaisir. Toutefois, si son quotidien est fait de souffrances, la consommation d'alcool ne sera qu'une difficulté supplémentaire.

### 6.3.4 Thème 3 : Influence du contexte socioculturel valaisan

Comme vous avez pu le remarquer, notre partie théorique a réservé quelques pages au contexte socioculturel valaisan. En effet, notre deuxième hypothèse de départ est centrée sur ce contexte, c'est pourquoi nous avons questionné les différents professionnels à ce sujet. Nous souhaitions découvrir si nos us et coutumes de valaisans influençaient les comportements des personnes âgées et la pratique des professionnels, avec la question suivante : *« On entend souvent dire que les valaisans boivent beaucoup, que c'est un rituel de socialisation, comme l'apéro par exemple. Est-ce que vous pensez que cela a une influence sur la conduite des personnes âgées d'une part, et sur votre propre pratique d'autre part ? »*.

#### 6.3.4.1 Influence sur les personnes âgées

Dix personnes interviewées ont déclaré que le contexte valaisan, fort et très présent dans la société, avait une influence sur les comportements de consommation des personnes âgées. C'est une normalité de s'arrêter au bistrot du village pour boire l'apéro. Pour un AS d'Addiction Valais, ce phénomène ne touche pas seulement les personnes âgées : *« Je dirais ça a une influence sur les personnes âgées comme sur n'importe quelle personne, oui, j'entends très souvent les gens qui disent « oui je bois comme tout le monde ». Donc même des gens qui boivent peut-être tous les soirs en rentrant éméchés, ils disent je bois l'apéro comme tout le monde, effectivement il y a une culture de l'apéro en Valais [...] Donc du coup y a quand même toute une partie de la population qui part du principe que boire un verre c'est normal »*.

Un AS de Pro Senectute relève également que boire de l'alcool fait partie de la norme en Valais : *« Mais je pense quand même que c'est un contexte, je pense que c'est pas un mythe [...]. Et peut-être qu'on dit plus facilement d'une personne « elle est alcoolique » (à Fribourg). Ici c'est pas un alcoolique c'est un valaisan ou villageois. »*

Un AS d'Addiction Valais pense que le partage de l'apéro est valorisant pour les personnes âgées : *« Et ça c'est clair que ça c'est très ancré euh ça peut-être c'est une particularité aussi due au fait qu'on est un canton producteur avec des gens proches de la vigne. [...] si on prend l'exemple pour les personnes âgées, je pense que c'est, c'est pas valorisant pour quelqu'un d'aller à l'apéro avec ses copains du village ou de la ville et puis dire "je bois pas d'alcool". Je pense c'est encore plus difficile et plus problématique que, peut-être, dans un autre canton ou dans une autre région »*.

Pour un AS de CMS, il est clair que socialement l'alcool est très ancré dans la culture de notre canton : *« L'alcool est présent à tous les échelons de la vie d'un valaisan, d'une valaisanne moyenne, on voit nos parents boire depuis tout petit, on voit un oncle, une tante à un anniversaire, au baptême, à Noël, à Nouvel An, dans toutes les fêtes, alors en plus on est dans un canton catholique donc y a beaucoup de fêtes, à la fête Dieu, à l'Immaculée Conception. Les gens boivent du vin tout le temps et ils se confrontent à l'alcool. Oui ça fait vraiment partie, l'alcool est indissociable, ça fait partie de notre culture. Il faut pas lutter contre cette culture là, absolument pas, euh, ça fait partie de nous, c'est notre histoire. C'est l'abus qui pose problème c'est pas l'alcool. »*

Un intervenant en addiction pense que le contexte valaisan implique une certaine banalisation de la consommation d'alcool de la part des professionnels parfois : *« Pour la première partie de la question, je dirais que c'est clair que ça influence. S'il y a vraiment la culture de l'alcool, ça c'est sûr. Il y a des personnes qui banalisent énormément. Justement des personnes dont on aura*

*connaissance via un autre intervenant ou un médecin, une équipe médicale, qui auront tendance à banaliser parce que c'est dans les mœurs, que c'est la culture ».*

Une personne n'était pas complètement sûre que ce contexte ait une influence au niveau des personnes âgées. Elle est donc restée réservée sur cette question.

Un AS de Pro Senectute nous a fait remarquer qu'il serait bien de savoir si nous consommons plus d'alcool en Valais qu'ailleurs. Car peut-être que ce contexte a une influence, mais si la consommation est égale dans les autres cantons, cela ne présenterait pas de problème.

Finalement, deux personnes ont affirmé que cela devait être la même chose en Valais qu'au canton de Vaud ou ailleurs. Les vignes sont partout et c'est une bonne excuse pour certaines personnes de se cacher derrière ce contexte.

Nous remarquons que la plupart des professionnels sont plutôt d'avis que le contexte socioculturel valaisan influence les habitudes de consommation des personnes âgées mais également de toute la population. Parfois, ce contexte favorise une banalisation de certaines consommations qui sont pourtant problématiques.

#### 6.3.4.2 Influence sur la pratique professionnelle

Sur les treize personnes interrogées, cinq nous ont répondu que ce contexte n'avait pas d'influence sur leur pratique professionnelle. Trois personnes n'ont pas directement donné de réponse. Pour trois professionnels, savoir travailler avec ce contexte est important. Deux autres AS sont conscients de cette influence et restent tolérants.

Regardons certaines de ces réponses en détail :

Un AS du CMS ne se sentant pas influencé par ce contexte, pense que cela est propre à chacun en rapport avec son vécu, ses habitudes. Il faut savoir se positionner et de là travailler avec ces personnes en difficultés.

Trois intervenants en addiction expriment combien il est important de savoir travailler avec ce contexte : « *Et puis dans le même sens, ici c'est clair que dans la façon dont on va travailler avec les gens on doit tenir compte de ça. On peut pas aborder... par exemple, quelqu'un qui a eu des vignes, qui a encavé, parce que par exemple souvent dans les gens AVS on croise des gens aussi qui encavent encore ou qui ont encavé, donc c'est clair qu'on a des discussions qui sont très différentes avec eux. Après c'est pas forcément bien ou moins bien, c'est simplement différent ».*

Pour terminer, deux personnes estiment être plus tolérantes face à cette problématique. Voici l'avis d'un AS de CMS : « *Je renie pas mes origines ni ma culture, je suis peut-être un petit peu moins à cheval, je suis moins regardant, je suis un petit peu plus tolérant, si quelqu'un sent l'alcool dans mon bureau euh, à 11 heures le matin, je vais pas tout de suite m'affoler, alcool, alcoolisme, drogue euh, doucement, doucement, doucement. Je suis un peu plus tolérant ouais, oui oui. [...]* J'appelle ça de la tolérance, ouais. Tolérance culturelle voilà ».

Et voici l'avis d'un intervenant en addiction : « *Et puis ben le fait que moi-même je suis quelqu'un d'assez bon vivant qui aime boire un verre ou boire l'apéro de temps en temps, je pense que ça fait quand même que peut-être parfois je suis un peu plus, pas laxiste mais, euh compréhensive oui, je vais dire ouais ben oui je comprends, euh où des jeunes qui viennent... des fois je me sens pris entre deux feux, à dire mais là Claudette tu devrais quand même lui dire que non, c'est grave, [...]* Ben ouais je pense qu'effectivement on est dans une culture, ça aide pas." Quelqu'un qui vient me dire ouais mais vous voyez on peut pas aller à la foire du Valais et pis pas boire un verre. J'ai envie de dire "oui on peut. Mais je vous comprends" ».

Nous comprenons donc que pour certains professionnels, le contexte socioculturel valaisan n'influence en aucun cas leur pratique, mais tous ne sont pas de cet avis. En effet, d'autres AS confirment une répercussion sur leurs actions et estiment être plus tolérants. Finalement, d'autres encore sont conscients de devoir travailler avec ce contexte qui représente la réalité du terrain, sans pour autant être influencés.

#### 6.3.4.3 Vision hors canton

« *Avez-vous eu l'occasion de travailler ailleurs qu'en Valais ? Avez-vous des contacts avec des collègues d'autres cantons ? Abordez-vous la question sous des angles différents ?* »

Un AS explique que les statistiques montrent la différence de consommation entre le canton du Valais et les cantons alémaniques.

Deux professionnels expriment que cette consommation n'est pas seulement présente en Valais mais dans toute la Suisse également. Un AS de Pro Senectute ayant exercé dans le canton de Vaud note un problème similaire face à l'alcool.

Deux autres interviewés parlent même d'Europe. D'après eux, chaque pays produit sa spécialité. En Valais, le vin qui domine et il est principalement consommé lors des fameux apéros. Pour un intervenant en addiction, une certaine pression sociale règne en Valais et permet difficilement de devenir abstinente. Un de ses collègues rappelle que la consommation d'alcool était très valorisée il y a peu de temps encore, et que la société a beaucoup évolué par rapport à ces questions : « *Où ça change la perception qu'on peut avoir par rapport à une personne âgée, c'est qu'il faut pas oublier d'où elle vient, qu'elle était sa culture de départ. C'est pas quelqu'un qui a été négligeant parce qu'on lui a assez répété, à toi on t'a assez répété que l'alcool, que la cigarette c'était pas bon etc., donc t'as aucune excuse. Lui on lui a dit le contraire. On a dit "ah maintenant t'es un homme, viens boire un verre. Pis fumes-en une" ».*

La consommation importante de vin avait interpellé un AS de CMS vaudois d'origine lors de son arrivée en Valais.

Finalement, deux professionnels pensent que dans le canton de Vaud, les AS sont peut-être plus réactifs face à un problème d'alcool.

Deux personnes n'ont pas pu s'exprimer n'ayant pas travaillé hors canton et trois autres n'ont pas répondu directement à cette question.



Au final, nous remarquons que le Valais a sa culture mais que la problématique est tout de même présente dans toute la Suisse de manière plus ou moins forte. Certaines personnes ayant eu une expérience hors canton pensent que la consommation de vin est plus tolérée en Valais qu'ailleurs. D'autres estiment que la différence n'est pas flagrante.

### 6.3.5 Thème 4 : Perspectives, pistes d'action

Après avoir étayé les parties un peu plus théoriques, nous allons passer aux propositions d'améliorations possibles à mettre en place pour les personnes dépendantes à l'alcool.

#### 6.3.5.1.1 Améliorations globales nécessaires

« *Que pensez-vous qu'il faudrait pour mieux aider ces personnes âgées dépendantes à l'alcool ? Avez-vous déjà proposé des pistes d'action ? Si oui, de quel type ?* »

Sensibiliser tout un chacun à cette problématique est important pour quatre professionnels. Il serait judicieux de proposer des cours de préparation à la retraite, soit par le biais de Pro Senectute, soit par les entreprises. Ainsi, les personnes concernées pourraient se préparer à ce changement de vie et récolteraient plus d'informations pour éviter de tomber dans la dépendance.

Un professionnel du CMS pense que les aînés sont l'avenir du travail social et propose différentes pistes d'amélioration comme la création de journaux d'informations ou de groupes de soutien : « *Sur la prise en charge, je pense qu'au niveau, la gérontologie, la psycho gérontologie, et l'addiction, il y aurait de vraies synergies, de vraies choses à mettre en place, à établir, des flyers à faire, je sais pas, des journaux d'informations. Y aurait peut-être des gens à aller voir dans les bistrotts, je sais pas, y a des choses à faire [...]. C'est l'avenir, c'est un vrai créneau dans le travail social. Y a absolument tout à créer. Enfin à améliorer. Notamment en termes de prise en charge individuelle, de groupes de soutien, de thématiques à aborder, c'est tout simplement l'avenir pour moi dans le travail social, les personnes âgées c'est l'avenir* ».

Deux personnes n'ont pas eu de proposition globale à faire. L'une d'elles a ajouté que les familles étaient preneuses d'astuces venant d'Addiction Valais pour affronter le quotidien.

Cinq AS ont mis en avant l'importance de créer un espace d'écoute. Selon eux, nos anciens ont besoin de présence, d'attention, comme l'explique un AS de CMS : « *L'écoute, la disponibilité, le temps, parce que les spécialistes on les a partout. [...] Je crois que c'est des valeurs humaines qu'il faut prendre nos responsabilités et d'abord écouter, accueillir, soigner effectivement tout ce côté humain, qui permet à la personne après de pouvoir dire ses problèmes et puis avoir après du temps et des compétences avec tout le réseau pour entourer ces gens au mieux possible avec tout leur contexte familial personnel et ça [...] Je crois que ça passe par là* ».

Un autre AS du CMS pense qu'il faudrait développer des offres de soutien non-professionnelles : « *Mais je pense qu'il y a quelque chose à faire en dehors des services sociaux officiels [...]. Y a à revoir certaines choses, faire des homes moins grands plus adaptés, euh, plus des petites structures, avec un cadre, avec intégré dans le milieu de vie où y a aussi voilà, ces différentes nouvelles structures où tu as des enfants ou des crèches [...]. Moi je pense qu'il faut aller sur les réseaux sociaux, sur les communications, créer des possibilités de rencontres intergénérationnelles.* »



*Moi je pense que Pro Senectute, tout ce qu'elle offre dans les possibilités de rencontres, de favoriser les choses. Ça c'est une grande piste pour moi ».*

Il finit par l'aspect intergénérationnel qui nous projette à la réaction suivante concernant le réseau. En effet, quatre professionnels ont nommé le réseau comme moyen indispensable. Ils jugent important d'avoir une bonne coordination entre les services, comme expliqué dans ce témoignage d'un AS d'Addiction Valais : *« Alors c'est vrai qu'il manquerait peut-être quelque chose entre deux, quelque chose qui leur permette peut-être de vivre plusieurs semaines sans alcool pour un peu voir si ça peut enlever certaines habitudes, tout en les occupant quoi. Donc, il manquerait quelque chose. Mais d'un autre côté, je me dis qu'il y a quand même des foyers de jour dans les EMS, il y a quand même des choses qui existent. Alors peut-être ce serait à nous de réussir à mieux les exploiter. Et puis après en même temps, si on commençait à créer ça, il faudrait créer pour chaque cas spécifique, une maison spécialisée pis ça c'est plus possible quoi. Je crois pas qu'il manque. Je crois que c'est plutôt à nous, aux professionnels, à réfléchir ensemble comment faire au mieux pour les accompagner. Et puis à travailler plus en réseau ».*

Un AS de Pro Senectute ajoute que tout le monde n'est pas atteignable et que parfois il n'y a pas grand chose à faire de plus, à part soulager les personnes âgées de leurs douleurs quotidiennes : *« Je pense que ça c'est la triste réalité de notre job, il y a des fois des situations vraiment qu'on ne peut pas atteindre. On peut faire juste avec ce qu'ils sont quoi pour moi le but dans ces moments là c'est de décharger la personne le plus possible de choses qui l'angoissent et qui la lieraient à l'alcool et puis après ya au niveau des douleurs, au niveau des problèmes de santé euh on n'a pas de baguette magique malheureusement ».*

En résumé, les améliorations proposées par les différents professionnels concernent surtout une collaboration plus étroite entre les services, une plus grande présence auprès des personnes âgées et une attention particulière vis-à-vis de cette problématique.

#### 6.3.5.1.2 Besoins pratiques supplémentaires

*« De quoi pensez-vous avoir besoin pour travailler avec ces personnes âgées dépendantes à l'alcool ? »*

Un intervenant en addiction relève les besoins en terme de formation : *« On est appelé aussi, non pas à intervenir dans ces structures mais en tout cas donner une bonne information, formation aux gens qui y sont, pour qu'ils puissent eux aussi après promouvoir ces messages de prévention [...]. Où tout à coup ils (les professionnels) savent qu'ils peuvent venir si y a un intervenant là avec une personne qui peut intervenir tout de suite ».*

Un AS de Pro Senectute propose un espace d'informations aux professionnels afin de savoir comment s'y prendre dans des situations de dépendance à l'alcool avec des retraités. Un de ses collègues met l'accent également sur les formations continues. Un troisième AS de cette institution propose des supervisions collectives autour des situations pour s'entraider et partager les expériences. Un autre collaborateur se demande si une équipe mobile proposée par Addiction Valais ne serait pas judicieuse. Ainsi, ils pourraient se rendre à domicile et rester à l'écoute du client. Ceci permettrait également de guider les personnes âgées dépendantes à l'alcool vers des activités.

Un AS du CMS nous dit que par son expérience il n'a pas de besoin particulier. Toutefois, une brochure ou un canevas d'entretien pourrait être utile aux débutants, selon lui.

Un intervenant en addiction est d'avis de proposer un AS référent pour chaque EMS, afin de vérifier les diverses démarches possibles avec les seniors : *« Dans un EMS, moi je pense que, j'y ai pas travaillé, mais l'idée que je me donne c'est qu'ils doivent être quand même pas mal à la course. Donc je pense qu'ils font avec le temps qu'on leur donne quoi. Mais c'est clair que l'idéal ce serait de pouvoir, c'est ce que je disais avant quoi, l'idéal se serait qu'on parle tous ensemble les professionnels. Le problème c'est que quand on va à St-Amé, on est les professionnels des addictions donc ils attendent qu'on leur donne des solutions, mais nous on peut pas leur dire... on a pas de solution miracle. Ya que si on prend le temps de faire des choses en réseau que ça peut aller mieux quoi ».*

Un intervenant d'Addiction Valais propose de renforcer ce qui existe et de chercher de nouvelles manières d'intervenir auprès de ces personnes : *« Mais nous on a approché à plusieurs reprises des EMS, autour de situations particulières hein, de gens qu'on connaît déjà ou des gens où l'alcool était le facteur qui a fait le placement à l'EMS. Et on s'aperçoit qu'on a tout à gagner à travailler ensemble sur ces choses là [...]. Donc on arrive à faire des mesures qui contiennent et des mesures qui permettent une bonne qualité de vie sans toujours exclure l'alcool. Certaines fois c'est nécessaire, mais pas toujours. C'est pas un apriori, c'est pas... on peut contenir à cet âge là, on peut faire des consommations contrôlées, du travail de réduction des risques, mais aussi dans le sens d'augmenter la qualité je dirais de vie ».*

Deux professionnels n'ont pas répondu directement à la question et un de Pro Senectute a ajouté que les AS se basent souvent sur l'avis du médecin. Si ce dernier dit qu'il est trop tard, aucune démarche ne sera mise sur pied. Mais à ses yeux, il n'a pas particulièrement de besoin concret supplémentaire.

Deux interlocuteurs nous parlent de brochures, ce qui nous amène au sous-thème suivant.

Selon l'expérience et la formation de chaque AS, les besoins pratiques varient. Plusieurs professionnels opéreraient pour des formations continues en lien avec notre thématique. D'autres désireraient renforcer la collaboration avec les EMS ainsi que développer les synergies existantes.

#### 6.3.5.1.3 Utilisation de brochures

*« Utilisez-vous les brochures mises à disposition par Addiction Suisse ? De quelle manière »*

Selon un AS, les prospectus doivent être utilisés dans des stands d'informations. Ils doivent être destinés aux proches et non aux concernés. Un intervenant en addiction explique sa vision : *« Si ils me demandent quelque chose à lire je dis oui [...]. Mais c'est pas ma manière de travailler avec des brochures. J'ai souvent l'impression quand on donne des brochures que les gens ils nous les prennent pour nous faire plaisir. Si on a pas réussi à leur dire, ça ne sert à rien de leur dire de lire [...]. Je pense qu'elles seraient surtout plus intéressantes pour l'entourage parce que ça permet de comprendre la problématique de l'alcool en vieillissant, de l'alcool et les médicaments, beaucoup plus qu'à la personne concernée ».*

Deux professionnels estiment les brochures utiles pour les personnes concernées et également pour les proches, toutefois ils ne les utilisent pas systématiquement. Un des deux se renseigne sur internet.

Trois AS estiment que ces brochures sont une aide dans certaines situations. Un intervenant en addiction utilise les brochures lors de ses visites à l'hôpital : *« Ça j'utilise quand je vais à l'hôpital justement. [...] alors j'utilise des brochures ISPA. Donc là justement c'est comment on doit se comporter avec l'alcool en vieillissant. C'est vraiment aussi des fois donner beaucoup d'informations sur le fait simplement qu'au niveau physiologique on répond plus la même chose, comme on répond plus de la même chose à 80 ans à une marche d'une heure ou à trop de sel, ou à pas assez de mouvements. Donc c'est vraiment... finalement c'est beaucoup l'axe promotion de la santé ».*

Un autre intervenant en addiction emploie les brochures seulement dans quelques cas pour éviter de créer de l'inquiétude : *« Le flyer doit être la chose la plus importante secondaire, la première chose c'est ce que j'ai dit avant, l'accueil, l'écoute et [...] l'accessibilité au service. Et le flyer n'est pas à donner à n'importe qui parce que si on donne le flyer comme ça, c'est péjorer encore la personne âgée, c'est parce que je suis âgée que j'ai un problème d'alcool, y a beaucoup qui le prennent comme ça [...]. Alors oui pour les flyers mais d'une manière parcimonieuse et à utiliser en complément ».*

Deux AS trouvent intéressant de parcourir ces brochures en entretien, car ils sont d'avis que la personne âgée ne va pas les lire lorsqu'elle sera chez elle.

La question n'a pas été abordée avec un interviewé et un professionnel ne connaissait pas l'existence de ces brochures. Un autre les utilise uniquement pour donner les coordonnées des services partenaires.

Enfin, un AS de Pro Senectute trouve les brochures intéressantes pour aider les personnes dépendantes. Il trouve judicieux de les mettre à l'extérieur du bureau, afin qu'elles puissent se servir en toute discrétion.

Certains professionnels utilisent les brochures pour leur propre pratique. D'autres les distribuent aux personnes âgées ou à leurs proches. D'autres encore pensent qu'il n'est pas nécessaire de les employer et que leur contenu doit être directement discuté en entretien.

#### 6.3.5.1.4 Campagne de prévention

*« Pensez-vous qu'il serait utile qu'il y ait des campagnes d'information ou de prévention destinées aux personnes âgées, de la même manière qu'on trouve beaucoup d'affiches pour les jeunes ? Si oui, comment imagineriez-vous cela ? »*

Cinq professionnels trouvent important et même nécessaire de sensibiliser toute la population sur cette problématique qui va s'intensifier. Un AS ajoute cependant qu'il faut être vigilant sur la manière d'amener la thématique car les aînés risqueraient de ne pas se sentir concernés. Un AS du CMS nous dit combien il est essentiel de sensibiliser la population : *« C'est indispensable. C'est un problème de santé publique qu'on peut pas, je pense qu'on peut pas l'aborder uniquement sur le biais du problème de l'alcoolisme sur la personne âgée, ça englobe la solitude, ça englobe la solitude, la désocialisation, l'inoccupation [...]. Indispensable et être confrontés c'est une réalité qui*

*est là, la génération des papi boom, ils arrivent maintenant à la retraite, donc y a, dans les 20 prochaines années ça va être un vrai problème ».*

Pour deux interlocuteurs, il serait judicieux de sensibiliser les personnes âgées dépendantes à l'alcool en présentant des affiches avec des numéros de téléphone auprès desquels elles pourraient trouver de l'aide. Un intervenant en addiction met en évidence qu'il faudrait plutôt viser les causes de la consommation plutôt que les conséquences : *« Les laisser dans leur coin non. Maintenant tout dépend quelles sont les conséquences pour la personne et est-ce que justement il n'y a pas autre chose dont on pourrait s'occuper. Est-ce que c'est un sentiment d'inutilité, un état dépressif, un manque d'occupation etc ? sur lequel on pourrait agir, on pourrait au moins l'aborder avec la personne au lieu de la laisser juste boire dans son coin ».*

Un intervenant nous a répondu *« pourquoi pas »* et un autre partage le même avis que l'AS suivant.

Rester attentif à la stigmatisation des personnes concernées est primordial pour un intervenant en addiction : *« Je suis pas sûr qu'il faille faire une campagne ciblée personnes âgées. [...] y a aucune période de la vie où on est à l'abri d'un problème d'alcool, y a aucune fonction sociale qui met à l'abri d'un problème d'alcool, donc on peut dire on est tous touchés quelque part si ce n'est soi-même par l'alcool, par quelqu'un qui a eu un problème d'alcool ou au moins d'addiction. Là on dit des choses vraies. Si on dit pour les vieux "ah ouais les vieux...", non je suis, j'aime pas ces choses là. [...]. C'est vrai que si on fait une campagne avec une femme, un cadre, pis on n'a pas quelqu'un qui ait bien quelques rides, ce serait dommage parce qu'on l'exclurait, mais on doit pas mettre le focus sur lui ».*

Selon un de ses collègues, envoyer un message aux politiques serait nécessaire : *« Donc là ce serait peut-être un message aux politiques aussi en train de dire mais laissez pas tomber les personnes âgées alors humainement bien sûr avec de la prévention comme on pourrait le faire pour les jeunes mais adaptée à la personne âgée ».*

De rajout, un troisième intervenant en addiction partage le même avis : *« Alors ça, je pense que ça va être très économique ce que je vais te donner. Mais à mon avis, c'est une question en partie d'économie hein. Les jeunes, si on peut leur éviter ce genre de soucis, ça va.. on va économiser beaucoup plus qu'une personne âgée qui consomme déjà ben elle a moins d'année devant elle à vivre [...]. Par contre, y a quand même à mon avis des campagnes ou des sensibilisations qui se font en tout cas auprès des professionnels sur la question des personnes âgées ».*

La question n'a pas été précisément abordée avec un des AS.

Pour terminer, un AS d'Addiction Valais pense qu'il est plus adéquat de viser la responsabilité et la citoyenneté des gens avant toute campagne de prévention. Pour lui, la société actuelle en demande toujours plus à nos anciens et ne s'en préoccupe pas assez : *« Donc c'est clair, des choses comme Pro Senectute, comme tous ces aspects là c'est très bien mais d'un peu plus peut-être de responsabilité ou d'éducation citoyenne des gens par rapport à peut-être à être un peu moins orientés vers leur propre vie mais aussi... comme on s'occupe de nos enfants, penser aussi que nos parents à un moment donné ils ont peut-être besoin un peu plus de notre présence. Mais c'est souvent pas beaucoup en termes de temps. C'est plutôt en termes d'attention, en termes de*

*réflexion avec eux, en termes de soutien par période. Et ça je pense, pour moi c'est le meilleur aspect préventif ça ».*

Pour conclure, les campagnes d'informations seraient un moyen judicieux pour sensibiliser toute la population. Toutefois, il faut rester vigilant quant à la stigmatisation de la personne âgée dépendante à l'alcool afin de ne pas l'exclure de la société.

Avec un AS, nous pensons que rester à l'écoute de nos aînés est un devoir de citoyenneté. Les seniors ont une expérience non négligeable et il est de notre responsabilité de les accompagner pour une vie meilleure.

## 7 Synthèse et discussion

### 7.1 Limites de la recherche

Nous reprenons les limites citées dans le paragraphe 6.2.4 et les vérifions suite à nos entretiens d'enquête et à notre analyse. La première limite que nous avons mise en avant, était le sentiment de jugement qu'auraient pu ressentir les AS interrogés. Comme explicité plus haut, nous sommes restées vigilantes aux tournures des questions afin de ne blesser personne. Aucun AS ne s'est senti jugé dans sa pratique, du moins personne ne nous l'a fait remarquer. Ils ont tous été très ouverts à la discussion et enthousiastes face à notre thème.

Nous nous étions questionnées au sujet de l'influence du contexte socioculturel sur les professionnels. S'ils avaient été influencés, les réponses auraient été biaisées. Toutefois, nous avons remarqué que chaque interviewé était conscient de cette influence. De ce fait, nous avons pu utiliser les réponses telles qu'elles ont été exprimées.

A la fin de nos entretiens, nous avons pu vérifier une de nos limites soulignant l'intervention en seconde ligne des AS dans les situations de dépendances des seniors. En effet, souvent, des collègues infirmiers informent l'AS d'un problème d'alcool. L'AS de CMS ou de Pro Senectute essaiera d'en parler avec le client mais les démarches administratives primeront. S'il ne veut pas entrer en matière, l'AS est quelque peu impuissant et peut uniquement lui proposer de s'adresser à Addiction Valais ou à son médecin si besoin.

La dernière limite que nous avons émise était relative aux différents mandats des AS interrogés, en fonction de leur lieu de travail. C'est pourquoi nous avons séparé certaines questions en fonction des institutions. Un intervenant en addiction travaille de manière différente d'un AS de CMS ou de Pro Senectute et ceci nous a permis de comparer les différentes pratiques. Ainsi nous avons fait de cette limite une force pour établir des comparaisons intéressantes.

Pour terminer, il est important de préciser que notre échantillon de travailleurs sociaux ne représente que très peu de professionnels et nous ne pouvons pas faire de ce travail une généralité. Dans le même sens, le nombre de situations auxquelles les AS ont fait référence n'est pas très exhaustif.

Une autre limite nous est apparue durant notre analyse. Dans tout le processus de recherche, la partie la plus difficile fut l'analyse. En effet, nous étions en possession de treize retranscriptions entre lesquelles il n'était pas évident d'établir des liens. Il y a plusieurs explications à cela. D'une part, nos entretiens étaient semi-directifs et ont laissé une certaine liberté aux interviewés dans leurs récits. De ce fait, chacun développait des points différents. D'autre part, nous n'avons pas été assez rigoureuses dans l'utilisation des canevas. Nous nous sommes parfois éloignées du sujet et avons également oublié de poser certaines questions de temps à autre. De plus, le fait d'avoir mené les entretiens séparément a accentué ces différences et le corps de données récoltées était beaucoup plus dense que pour un TB individuel. Nous pensons toutefois avoir analysé les données du mieux que nous le pouvions au vu de ce qui précède. Les résumés de chaque chapitre permettent de saisir les éléments principaux de notre recherche et les différents extraits d'entretiens rendent le texte vivant.

## 7.2 Obstacles rencontrés

Le premier obstacle qui nous a apeurées concernait l'écriture commune de ce TB. En effet, nous avons toutes deux un style de rédaction différent et il fallait rendre un texte homogène. Nous nous sommes organisées de manière à pouvoir relire chaque partie que l'autre avait rédigée afin d'y apporter quelques retouches. De plus, le texte intégral a été relu par une correctrice qui nous a proposé quelques améliorations.

La majorité des directeurs de CMS contactés ont refusé notre demande car, dans leurs services sociaux, les personnes en âge AVS sont automatiquement dirigées vers Pro Senectute. Nous avons eu la chance de connaître personnellement les professionnels d'un CMS romand qui nous a ouvert ses portes. De plus, les AS de cet établissement ont pour mandat de recevoir les aînés qui bénéficient du service d'aide à domicile.

Nous aurions souhaité effectuer nos entretiens au mois de décembre 2011 afin de commencer notre analyse de données en début d'année 2012. Toutefois, cela n'a pas été réalisable au vu de la surcharge de travail des professionnels, en fin d'année. Suite à quelques ajustements dans notre planification, nous sommes tout de même parvenues à tenir nos délais en décalant certaines échéances.

L'école nous a proposé deux journées de formation afin de nous accompagner dans notre recherche. Toutefois, ces ateliers ne nous ont pas convenu. De ce fait, nous nous sommes aidées du livre – QUIVI – pour la rédaction, mais nous n'étions jamais certaines de prendre la bonne voie, jusqu'à ce que notre directrice relise notre travail. Nous jugerions utile d'avoir une formation plus poussée car la mise en œuvre d'un travail de recherche nécessite beaucoup de connaissances théoriques.

Finalement, entreprendre un TB à deux n'est pas de tout repos. Nous avons dû prévoir des journées de travail tout au long de l'année, tout en coordonnant nos agendas. Nous devions nous mettre d'accord sur le fond et la forme et rester ouvertes d'esprit. Néanmoins, nous avons su gérer nos craintes à deux et le parcours fut agréable.



### 7.3 Vérification des hypothèses de départ

Notre question de recherche était la suivante :

« De quelle manière et avec quels outils l'assistant social accompagne-t-il une personne en âge AVS dépendante à l'alcool en Valais ? »

Nous allons ici vérifier si nos deux hypothèses de départ correspondent à la réalité vécue par les professionnels.

Hypothèse 1 : *Les AS n'ont pas d'outil méthodologique spécifique pour répondre aux problèmes des personnes âgées dépendantes à l'alcool.*

Cette hypothèse s'est vérifiée au travers de nos entretiens. Effectivement, aucun outil spécifique n'a été cité. Par contre, les intervenants d'Addiction Valais utilisent un formulaire d'évaluation pour tous les clients, quel que soit leur âge. De plus, ils citent l'entretien comme étant leur principal outil. Les professionnels des CMS ou de Pro Senectute s'appuient sur différentes astuces découvertes au travers de leur expérience ainsi que sur leur feeling avec la personne âgée.

La validation de cette hypothèse nous permet d'avancer qu'il serait nécessaire de proposer des outils spécifiques aux AS de Pro Senectute et du CMS (cf. chapitre 8.4) en vue de les soutenir dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à l'alcool. Durant nos entretiens, ils nous ont fait part à maintes reprises de leurs difficultés à aborder ce thème. De leur côté, les intervenants en addiction étant spécialistes de l'accompagnement de personnes dépendantes à l'alcool, sont mieux outillés pour affronter ce genre de situations. Ces derniers n'ont donc pas les mêmes besoins.

Hypothèse 2 : *Le contexte socioculturel valaisan et d'autres éléments, comme le vécu de l'AS, influencent fortement la manière dont celui-ci considère le problème d'alcool chez les personnes âgées.*

Cette hypothèse ne se vérifie pas complètement. Nous avons remarqué que les professionnels sont conscients d'exercer dans un environnement viticole. De ce fait, ils savent rester vigilants et analyser objectivement les situations. Certains estiment pourtant être en partie influencés en tolérant des comportements que d'autres n'accepteraient pas. Quelques AS orientent leur action en ne prenant pas du tout en compte ce contexte.

Au sujet des autres éléments pouvant influencer les professionnels, nous relevons quatre points principaux. Premièrement, la représentation de la personne âgée de chaque AS va donner une couleur différente à son intervention. Par exemple, si un professionnel estime qu'il n'y a pas de limite d'âge pour traiter un problème de dépendance, il s'investira dans l'accompagnement. Par contre, s'il pense que la personne est trop âgée pour changer, il prendra plus de recul face à cette consommation d'alcool.

Un deuxième élément concerne le mandat de l'institution dans laquelle se trouve l'AS. S'il exerce à Addiction Valais, sa priorité va être d'aider le senior dépendant à l'alcool alors qu'un AS de CMS



ou de Pro Senectute se penchera d'abord sur d'autres aspects plus administratifs. Il sera ensuite plus libre d'aborder le sujet de l'alcool.

La relation avec le bénéficiaire est apparue comme élément indispensable à l'évocation d'un problème d'alcool. Sans lien de confiance, il est très délicat d'entamer un sujet aussi intime et cela pourrait provoquer la fuite du client.

Pour terminer, les AS ayant bénéficié d'une formation spécifique en addiction ou ayant une expérience professionnelle dans ce domaine, sont sensibilisés à cette problématique et vont la considérer avec plus d'aisance.

## 7.4 Perspectives et pistes d'action

En débutant notre TB, nous souhaitions proposer quelque chose d'utile aux professionnels et développer un projet concret qui améliorerait l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à l'alcool.

Chemin faisant, nous avons remarqué que les brochures représentaient un outil intéressant tout comme le travail en réseau avec les EMS et les groupes de partage. En effet, l'importance d'être entouré, d'avoir quelqu'un à qui parler, avec qui partager des instants a été souvent exprimée. Nous restons convaincues que ce sujet de TB soulève une multitude de questions restées parfois sans solution. C'est pourquoi nous jugerions opportun et même nécessaire que les politiques se penchent de manière plus approfondie sur ce sujet afin de proposer des interventions appropriées.

Les pistes d'actions à retenir sont :

- **Proposer des brochures améliorées** : il n'existe que trois brochures sur le sujet et les professionnels interviewés nous ont révélé ne pas les utiliser souvent. Il serait judicieux d'en proposer de nouvelles, les aidant dans leur quotidien et permettant aux personnes concernées de trouver des informations sans pour autant les stigmatiser. Nous pourrions pour cela nous appuyer sur les différentes brochures créées par le cahm au Canada (cf. bibliographie) que nous avons trouvées très pertinentes.
- **Suivre une formation continue** : plusieurs professionnels se sentaient démunis par rapport à la problématique car ils ne l'avaient pas abordée au sein de leur formation. Nous pensons qu'il serait peut-être judicieux que les CMS et Pro Senectute mandatent Addiction Valais pour qu'une formation brève leur soit donnée sur ces différents thèmes : impact physique, psychique et social de l'alcool chez la personne âgée, dépistage d'une consommation excessive d'alcool, les étapes du changement, l'attitude à adopter dans ces situations, les possibilités d'accompagnement à Addiction Valais. De plus, pour tous les professionnels, des formations continues sur la personne âgée et la psychogériatrie seraient un atout.

- **Collaborer de manière plus systématique en réseau** : plusieurs AS ont exprimé le besoin de travailler en réseau. Cette possibilité est peu utilisée et selon eux il faudrait la solliciter systématiquement afin de trouver les solutions les plus adéquates. Plusieurs services entrent en ligne de compte dans ce genre de situations et chacun a une vision spécifique. Il serait donc opportun de collaborer afin d'organiser l'intervention et de répondre au mieux aux besoins de nos anciens. Pour ce faire, des contrats de collaboration officiels entre Addiction Valais, le CMS et Pro Senectute pourraient être envisagés. Dans ce cas, nous imaginons que les personnes âgées ayant des difficultés avec l'alcool pourraient être systématiquement signalées par le CMS ou Pro Senectute à Addiction Valais et qu'un principe de référence pourrait être établi, comme cela est déjà le cas pour les hôpitaux. Ainsi, l'intervenant en addiction se déplacerait pour rencontrer la personne âgée et lui présenter ses services. Elle serait ensuite libre d'accepter un suivi ou non.
- **Proposer un espace de partage** : à plusieurs reprises, les professionnels nous ont signalé le manque de présence auprès de cette population. Souvent elles n'ont plus de famille, leurs amis se sont envolés et elles se retrouvent seules. Il serait bénéfique pour ces aînés de proposer des groupes, se déplaçant à domicile, pour partager quelques instants ou des groupes de parole. De plus, des actions non-professionnelles pourraient aussi se développer comme du bénévolat ou des activités intergénérationnelles.
- **Présenter des campagnes d'information** : nous avons abordé le thème des campagnes de prévention et certains professionnels nous ont proposé d'intervenir au niveau de l'information. En effet, celle-ci stigmatise moins que la prévention et ainsi les personnes âgées concernées se sentiraient moins montrées du doigt. Ces campagnes serviraient à informer le public et à lui faire prendre conscience de la réalité. Ainsi les gens se mobiliseraient peut-être plus pour cette population.
- Si notre avenir professionnel le permet, nous souhaiterions proposer un projet en lien avec le sujet de notre TB. En effet, si nous trouvons le temps et les moyens nous nous engagerions volontiers à mettre en place un suivi ou une activité pour ces seniors, voire même proposer un établissement. Toutefois, nous tenons à préciser que ceci représente un projet professionnel futur et nous ne savons pas s'il aboutira. Lors d'un module sur les addictions suivi à Genève, nous avons découvert les locaux de Cité Seniors<sup>118</sup> qui propose diverses activités et conférences pour les personnes âgées. Nous avons été séduites par ce concept et estimons qu'il aurait aussi sa place en Valais.

<sup>118</sup> Cité Seniors. (en ligne) Adresse URL : <http://www.ville-geneve.ch/plan-ville/lieux-rencontre-aines/cite-seniors-lausanne/item/lieu/cite-seniors-rue-de-lausanne/> (site consulté le 15.07.2012)

## 7.5 Liens avec notre pratique professionnelle

Cette recherche nous a permis d'être au cœur de notre métier, autant dans les questions éthiques que dans les situations concrètes que peuvent vivre les AS. Nous avons eu le plaisir de rencontrer treize professionnels qui se sont impliqués dans le dialogue autour de notre thème. La plupart des AS ont été enchantés par nos questions car elles leur permettaient de réfléchir sur une problématique assez taboue et souvent mise de côté.

Notre question de recherche concerne directement notre pratique professionnelle car nous serons amenées à rencontrer des personnes âgées ayant des difficultés avec l'alcool dans le futur. Grâce à cette recherche, nous aurons sûrement plus de facilité à analyser les différentes situations ainsi qu'à nous positionner. De plus, si le temps nous le permet, nous souhaitons vivement poursuivre nos démarches et participer à la mise en œuvre concrète de nos pistes d'action. Nous estimons qu'il faudrait néanmoins recueillir également les opinions du personnel soignant qui se retrouve souvent en première ligne de cet accompagnement. Une collaboration plus pointue avec les médecins généralistes, gérontologues et psychiatres serait également un atout étant donné que cette population souffre souvent de différents troubles physiques et psychiques.

Pour conclure, nous notons que ce TB a progressé simultanément à notre formation à la HES. Durant une année et demie, nous avons non seulement évolué dans ce travail de recherche mais également dans notre pratique et positionnement professionnel. Cela nous a permis d'établir des liens théorie-pratique tout au long de notre cheminement. Si nous avons commencé ce travail en étant plutôt étudiantes, nous le terminons en tant qu'assistantes sociales et cela nous permet réellement d'intégrer tout le sens et les questions éthiques de notre thème.

## 8 Conclusion

### 8.1 Conclusion finale

Au commencement de cette recherche, nous pensions révéler à terme une méthode précise utilisée par les AS pour accompagner les personnes âgées dépendantes à l'alcool, dans notre canton. Cependant, au fil de nos rencontres, nous fûmes confrontées à une certaine difficulté. Les professionnels relataient des faits assez différents les uns des autres. Après une première phase d'inquiétude concernant la rédaction de notre analyse, nous nous sommes finalement rassurées. En effet, notre profession, dans son essence, laisse une liberté à chaque praticien. Nous savons aujourd'hui qu'une seule manière de procéder n'existe pas mais une multitude d'éléments sont à considérer dans leurs interventions : « *Entre son mandat, la relation d'aide et ses représentations, l'AS avance sur un fil tel un funambule recherchant l'équilibre. Sans chemin balisé, il guide chaque client vers un parcours individualisé*<sup>119</sup> ».



Nous sommes heureuses de constater que, malgré la complexité et le tabou qui entourent notre sujet, les AS essaient d'instaurer un dialogue avec les personnes concernées. Grâce à des astuces et à leur feeling, ils jonglent avec habileté, tels des funambules.

Pour terminer, même si notre TB était axé sur la pratique des professionnels, nous avons régulièrement pensé à nos aînés, vivant des situations de souffrance, non seulement lors des anecdotes qui nous étaient contées mais également au travers de nos lectures. Il est évident que la proportion des personnes aidées par un service officiel n'est pas représentative. De ce fait, nous sommes convaincues qu'une campagne nationale de prévention aurait sa place et qu'elle permettrait peut-être à de nombreuses personnes d'oser faire le pas afin de demander de l'aide. Dans notre société actuelle, il est patent qu'investir de l'argent pour cette population n'est pas la priorité, pourtant, ne devrions-nous pas être infiniment reconnaissants envers des personnes ayant œuvré toute leur vie pour construire le monde d'aujourd'hui ?

<sup>119</sup> Citation rédigée par nous-mêmes.

## 8.2 Bilan personnel de Francine Roh

Lors du premier cours concernant le TB, l'intervenante nous avait conseillé de choisir un thème nous tenant à cœur au vu du travail à fournir. Le processus étant terminé, ce sujet me motive toujours autant et les nombreuses lectures et découvertes m'ont permis d'acquérir une certaine connaissance utile pour mon avenir.

Notre première hypothèse a été vérifiée par les dires des AS. A mon humble avis, il serait judicieux qu'un professionnel par service se perfectionne à cette problématique afin qu'une continuité s'établisse entre les différents services d'aide.

Il est probable que les politiques n'estiment pas l'importance d'engager des fonds pour ces aînés, toutefois, persuadée qu'ils méritent un accompagnement approfondi, il serait opportun d'intervenir et de leur présenter une aide quelle qu'elle soit. Il faudrait alors encourager les conseillers concernés à s'investir. Convaincue que ces personnes âgées restent tout de même des « vieillards riches » de par leur chemin de vie parfois caillouteux, le rôle leur étant réservé par la société m'offusque. En effet, elles sont de plus en plus isolées et ne sont plus mises en valeur pour leurs connaissances et leur expérience. Je persiste à affirmer qu'il est de notre « devoir » de changer cette vision et d'améliorer la place de cette population au sein de notre collectivité. Les pistes d'action proposées dans ce TB me donneront peut-être la possibilité de m'investir concrètement en leur faveur.

Pour conclure, ce travail à deux fut instructif. Il m'a permis de découvrir une personne sensible et consciencieuse, avec qui la collaboration fut fructueuse. Je souhaite à Mireille un bel avenir professionnel et la remercie pour le travail accompli.

### 8.3 Bilan personnel de Mireille Terrettaz

Je suis très fière de ce TB car l'impulsion de départ concernant ce thème était partie d'une situation personnelle qui me tenait à cœur. Je me rends compte qu'au travers des lectures et des entretiens, la vision de l'accompagnement que j'imaginai auparavant a énormément évolué. J'ai eu la chance de vivre cette problématique de l'intérieur, en effectuant mon deuxième stage à Addiction Valais où je poursuis actuellement mon activité. J'ai ainsi pu, en tant qu'assistante sociale, accompagner de manière autonome plusieurs personnes en âge AVS dépendantes à l'alcool. Au travers de ces suivis, j'ai pu établir énormément de liens avec les données récoltées dans ce travail de recherche. J'ai moi-même constaté que j'ai une autre attitude lorsque je suis face à une personne âgée. D'une part, l'empathie est amplifiée car j'ai beaucoup de respect vis-à-vis d'une personne qui a tout un passé derrière elle. Je prends plus de précautions pour poser mes questions et mon attitude autant verbale que physique est plus douce. Les thèmes abordés sont aussi différents qu'avec une personne plus jeune. Nous parlons des problèmes de santé physique, des activités de loisirs, de l'organisation des semaines, du lieu de vie, des aventures vécues durant leur vie, etc. J'ai personnellement beaucoup de plaisir, durant ces entretiens, car j'apprécie cette population.

Au niveau de la mise en œuvre de ce TB, j'ai apprécié travailler à deux. Cela nous a permis de nous soutenir, d'échanger nos points de vue et de partager une merveilleuse expérience. Nous nous sommes organisées très scrupuleusement, dès le début, en rédigeant une charte de travail, une planification, un journal de bord, etc. Nous avons régulièrement mis sur pied des bilans où nous pouvions exprimer nos sentiments, nos doutes et nos revendications. Cela nous a permis d'avancer sereinement et d'éviter des conflits éventuels. Je remercie sincèrement Francine qui a été une camarade exemplaire et une amie précieuse.

## 9 Bibliographie

### 9.1 Ouvrages de référence

BEAUD, S., WEBER, F., Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques. Paris : La Découverte / Collection Repères, 1998, 328 p.

BOUQUET B., *Ethique et travail social – Une recherche du sens*, Paris, Editions Dunod, Collection Action sociale, 2003, 230 p.

BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Paris, Editions Maloine, Collection Professions de santé, 2009, 187 p.

DE ROBERTIS C., *Méthodologie de l'intervention en travail social – Nouvelle Edition*, Paris, Editions Bayard, 2010, 395 p.

JOVELIN E., *Histoire du travail social en Europe*, Paris, Editions Vuibert, Collection perspectives sociales, 2008, 287 p.

KAUFMANN J.-C., *L'entretien compréhensif*, Paris : Nathan, 1996, 128 p.

LE BOTERF G., *Travailler efficacement en réseau – Une compétence collective*, Deuxième édition, Paris, Editions d'Organisation Groupe EYROLLES, Collection Ressources humaines, 2008, 165 p.

MENECIER P., *Boire et vieillir – Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection L'âge et la vie – prendre soin des personnes âgées, 2010, 200 p.

MENECIER P., *Les aînés et l'alcool*, Toulouse, Editions érès, Collection Pratiques gérontologiques, 2010, 226 p.

METRAL M., *Valais de toujours - Trésors de mon pays*, Neuchâtel, Editions du Griffon, 1962, 28p.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Editions Dunod, Collection psychologie sociale, 2009, 256p.

RAYMOND F., *La prévention contre les risques liés à la consommation d'alcool, dans le contexte socio-culturel valaisan*, Travail de recherche du centre de formation pédagogique et sociale, Sion, 1997

ROGERS C., *Le développement de la personne*, Paris, Dunod-InterEditions, 2009, 274 p.



## 9.2 Autres ouvrages utilisés

COURTHION L., *Le peuple du valais*, Lausanne, Editions de l'Aire, 1979, 257p.

FRAGNERE J.-P., GIROD Roger, *Dictionnaire suisse de politique sociale*, Lausanne, Editions Réalités sociales, Collection travail social, 1998, 253 p.

GRAF M., *Genre masculin et dépendances : données de base et recommandations*, Lausanne, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2006, 135 p.

GOTTRAUX M., *Collaborations dans les professions sociales*, Lausanne, Editions EESP, Les cahiers de l'EESP, 1990, 107 p.

MUCCHIELLI R., *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, Issy-les-Moulineaux, Editions ESF, Collection formation permanente – Série entreprise, 2009, 176 p.

MULARD A., *Compétences singulières du travail social: synthèse et regard critique sur le référentiel de compétences des métiers du social élaboré dans le cadre de la HES S2*, intervention tirée des actes de la journée ARTIAS « Entre décalages et tensions, quel futur pour le social ? », 29 novembre 2001, p. 12 à 23.

SCHALLER J.-J. et al., *Accompagner la personne en difficulté – Politiques sociales et stratégies de direction*, Paris, Editions Dunod, Collection Action sociale, 1999, 217 p.

STIKER H.-J., PUIG J., HUET O., *Handicap et accompagnement – Nouvelles attentes, nouvelles pratiques*, Paris, Editions Dunod, 2009, 180 p.

## 9.3 Documents

*Quelle approche adopter envers les personnes âgées confrontées à des problèmes de toxicomanie, de santé mentale et de jeu ?*, Editions cahm, 2006, 44 p.

*Référentiel de compétences des métiers du service social*, Groupe de pilotage service social HES S2, Genève, 2001, 57p.

*Vouloir changer : Une approche axée sur le client traitant de l'usage d'alcool et de médicaments chez les aînés*, Editions cahm, 1998, 128 p.

## 9.4 Articles scientifiques

*Journal dépendances n°26, Vieillir et consommer... quelles réponses pour quels problèmes ?*, ISPA et GREAT, octobre 2005, 31 p.

## 9.5 Sites internet

<http://www.je-parle-d-alcool.ch/fr/projekt/npa>

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/index.html?lang=fr>

<http://www.grea.ch/>

[http://www.lvt.ch/index\\_fr.cfm](http://www.lvt.ch/index_fr.cfm)

<http://www.addiction-valais.ch>

<http://www.camh.net/fr/>

<http://www.sucht-info.ch/fr/index/>

<http://www.sfalcoologie.asso.fr/>

<http://www.alma-france.org/>

<http://www.centredollardcormier.qc.ca/cdc/index.html>

[http://www.cairn.info/resultats\\_recherche.php?searchTerm=alcool](http://www.cairn.info/resultats_recherche.php?searchTerm=alcool)

<http://www.stop-alcool.ch/fr/>

<http://cig.unige.ch/publications/abs1998ch.html>

<http://www.pca-acp.ch/fr/Home/pcaacp/Sur-la-pcaacp.3.html>

<http://www.ifsw.org/p38000732.html>

<http://www.villaflorasierre.ch/>

[http://www.obs-vs-sante.ch/publications\\_etat\\_de\\_sante\\_fr.htm](http://www.obs-vs-sante.ch/publications_etat_de_sante_fr.htm)

[http://www.obs-vs-sante.ch/documents/Etat\\_de\\_sante\\_2010\\_rapport\\_fr.pdf](http://www.obs-vs-sante.ch/documents/Etat_de_sante_2010_rapport_fr.pdf)

<http://www.fachverbandsucht.ch/portrait.php?pg=por>

<http://www.croix-bleue.ch/>

## 9.6 Sources photographiques

### Première page :

<http://de.dreamstime.com/stockbilder-traurige-einsame-nachdenkliche-alte-ältere-frau-image12781694>

<http://www.gettyimages.ch/detail/foto/senior-couple-embracing-on-sofa-at-home-lizenzfreies-bild/137087898>

<http://www.gettyimages.ch/detail/foto/close-up-of-an-elderly-man-consoling-his-wife-lizenzfreies-bild/stk27636spt>

[http://bienvivrechezsoi.be/obtenir-une-aide/qu-entend-on-par-aide\\_18.php](http://bienvivrechezsoi.be/obtenir-une-aide/qu-entend-on-par-aide_18.php)

<http://www.google.ch/imgres?imgurl=http://a1.att.hudong.com/68/22/19300001035357130577227378635.jpg&imgrefurl=http://xinlizixun.baik.com/article-25283.html&usq=2vhYoiTvHV1010DHUKEeP96zelw=&h=350&w=350&sz=18&hl=fr&start=0&sig2=vEMWMMXxf-5w9OZCiDMeUw&zoom=1&tbnid=AfUkNHf9AE5TcM:&tbnh=158&tbnw=158&ei=vLojUOv8Nuij4gTI1ID4CA&itbs=1&iact=hc&vpx=185&vpy=178&dur=673&hovh=225&hovw=225&tx=114&ty=113&sig=117983799764423042460&page=1&ndsp=2&ved=1t:429,r:0,s:0,i:54>

[http://www.google.ch/imgres?imgurl=http://www.mamanpourelavie.com/uploads/images/articles/v1/images/communiqués/img\\_alcoolisme\\_01\\_lq.jpg&imgrefurl=http://www.mamanpourelavie.com/sante/actualites/764-l-alcoolisme-feotal-plus-repandu-qu-on-pense.thtml&h=288&w=192&sz=27&tbnid=fZzqmgsTdJPphM&tbnh=230&tbnw=153&zoom=1&usq=5fdIHE3t\\_XMTC5xWoPTgkUx47CY=&hl=fr&sa=X&ei=GrsjUPHwEaOn4gSonoCQAw&ved=0CDwQ8g0](http://www.google.ch/imgres?imgurl=http://www.mamanpourelavie.com/uploads/images/articles/v1/images/communiqués/img_alcoolisme_01_lq.jpg&imgrefurl=http://www.mamanpourelavie.com/sante/actualites/764-l-alcoolisme-feotal-plus-repandu-qu-on-pense.thtml&h=288&w=192&sz=27&tbnid=fZzqmgsTdJPphM&tbnh=230&tbnw=153&zoom=1&usq=5fdIHE3t_XMTC5xWoPTgkUx47CY=&hl=fr&sa=X&ei=GrsjUPHwEaOn4gSonoCQAw&ved=0CDwQ8g0)

<http://fr.fotolia.com/> : photo achetée

### Page de la conclusion :

[http://www.mespoemes.net/sites/lire.php?id\\_poeme=79700&login=worrell02&page=14](http://www.mespoemes.net/sites/lire.php?id_poeme=79700&login=worrell02&page=14)

### Page de titre des annexes :

[http://www.google.ch/imgres?hl=fr&biw=1280&bih=907&tbn=isch&tbnid=tTDv2H4i8bbUfM:&imgrefurl=http://www.gyl.fr/fr/Secteurs-dactivites/Machines&docid=h-cTvSCW6bMdM&imgurl=http://www.gyl.fr/uploads/rte/Image/secteurs\\_activites/machines/loupe.jpg&w=346&h=346&ei=a600UNOLIOmn4gSO1YHwBA&zoom=1&iact=hc&vpx=344&vpy=155&dur=4230&hovh=225&hovw=225&tx=169&ty=137&sig=117983799764423042460&page=1&tbnh=180&tbnw=216&start=0&ndsp=24&ved=1t:429,r:1,s:0,i:73](http://www.google.ch/imgres?hl=fr&biw=1280&bih=907&tbn=isch&tbnid=tTDv2H4i8bbUfM:&imgrefurl=http://www.gyl.fr/fr/Secteurs-dactivites/Machines&docid=h-cTvSCW6bMdM&imgurl=http://www.gyl.fr/uploads/rte/Image/secteurs_activites/machines/loupe.jpg&w=346&h=346&ei=a600UNOLIOmn4gSO1YHwBA&zoom=1&iact=hc&vpx=344&vpy=155&dur=4230&hovh=225&hovw=225&tx=169&ty=137&sig=117983799764423042460&page=1&tbnh=180&tbnw=216&start=0&ndsp=24&ved=1t:429,r:1,s:0,i:73)

# Annexes

**Annexe A** : Charte de travail de groupe

**Annexe B** : Consentement éclairé

**Annexe C** : Canevas d'entretien Pro Senectute & CMS

**Annexe D** : Canevas d'entretien Addiction Valais

