

Enquête sur l'efficacité du travail des professionnels dans la prévention des rechutes des personnes alcooliques.

Réalisé par : **HEUSS Nathalie**

Promotion : **Travail social 09 ; orientation service social**

Sous la direction de : **AMREIN Thierry**

Münsingen, octobre 2013

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que son auteur. Je certifie avoir personnellement écrit le travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles mentionnées dans ce document. Tous les emprunts à d'autres auteurs, que ce soit par citation ou par paraphrase sont clairement indiqués. Le travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études.

Pour des raisons de lisibilité, j'ai renoncé au langage épïcène. Le masculin est utilisé dans ce travail comme le représentant des deux sexes.

Remerciement

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue et qui m'ont permis de réaliser ce travail de Bachelor.

Je remercie tout particulièrement Monsieur Thierry Amrein, mon directeur de travail de Bachelor, pour sa patience, son suivi et tous ses bons conseils qui m'ont permis d'aboutir à ce travail.

Je souhaite aussi remercier toutes les personnes qui ont été d'accord de me consacrer du temps pour un entretien. Grâce à leur ouverture, leur participation et leur gentillesse, j'ai pu poursuivre mon travail de Bachelor.

Je remercie également les autres professionnels qui ont eu la motivation de lire mon travail de Bachelor. Ils m'ont donné quelques astuces et conseils qui m'ont permis de clarifier certains points et de modifier certaines choses peu claires.

Merci encore aux autres relecteurs de mon travail. Ceci m'a permis d'avoir un mémoire contenant moins de fautes d'orthographe ainsi que de grammaire.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue moralement durant cette longue période. Pour toute leur patience, leurs encouragements, leurs discussions et ainsi de suite.

Et pour finir, je remercie toutes celles et ceux que j'ai oubliés et qui m'ont aidée à réaliser ce travail !

Résumé du mémoire

Pour ce travail, je me suis tout particulièrement intéressée à la thématique de la rechute des personnes alcoolodépendantes. En effet, ce sujet m'avait beaucoup intéressée depuis mon stage en tant qu'assistante sociale dans le domaine des addictions. Je voulais observer ce phénomène de plus près et comprendre le rôle du travailleur social dans le suivi de ces personnes. C'est pourquoi ma question de recherche s'est focalisée sur l'influence que pouvait avoir un professionnel¹ du domaine social dans l'accompagnement des personnes alcoolodépendantes.

Afin d'avoir des réponses à mes interrogations, je me suis tout d'abord concentrée sur quelques concepts théoriques tels que la dépendance, l'alcoolisme, les traitements existants ainsi que de la rechute. Après m'être fait une idée plus précise de ces différentes thématiques, j'ai continué mon parcours en m'intéressant plus particulièrement à la pratique sur le terrain. L'apport théorique me fut précieux pour comprendre les liens entre les divers éléments. Cependant, il me fallait également percevoir ce qui se passait concrètement sur le terrain afin d'obtenir une réponse au plus proche de la réalité. C'est pourquoi j'ai décidé de faire des entretiens auprès de différentes personnes. J'ai interviewé quatre professionnels : deux travaillant dans le service ambulatoire et deux travaillant dans un centre résidentiel. Des interviews avec des personnes alcoolodépendantes ont également eu lieu et leurs points de vue se sont révélés indispensables pour répondre à ma question de recherche. Avec les diverses informations et les données utiles que j'ai regroupées, en lien avec mes hypothèses et ma question de recherche, j'ai pu faire une analyse complète. Et pour finir, j'ai pu tirer une réponse digne d'intérêt de tout ce travail.

J'ai constaté que les travailleurs sociaux pouvaient avoir une grande influence sur les rechutes du client à différents niveaux. Le travail, les options et les croyances du professionnel peuvent agir sur l'accompagnement de l'individu et finalement, avoir des conséquences aussi bien sur l'amélioration de l'état des clients que sur de potentielles rechutes. Ceci n'implique pas un manque de professionnalisme, mais un travail avec des personnes toutes uniques. Les différentes techniques élaborées par le professionnel ne seront pas suffisantes et/ou appropriées pour les besoins de chaque client. De plus, la volonté et la motivation, ainsi que le parcours de vie des clients, sont propres à chacun. Ceci ne facilite pas le travail des professionnels dans le suivi et l'accompagnement de ces personnes.

Mots Clés

Individu – dépendance – alcool – service ambulatoire – service stationnaire – outils thérapeutiques – traitements – rechute.

¹ La notion de professionnel sera précisée plus tard. De plus ce terme est utilisé de manière générale.

Sommaire

PARTIE I : PRÉPARATION AU TERRAIN	1
Introduction	1
1. L'alcool en Suisse	1
2. Chiffres de la consommation d'alcool en Suisse	1
2.1 Chiffres des personnes ayant une consommation à risque	1
3. Choix de la thématique	2
Question de recherche et objectifs	4
1. Question de recherche	4
2. Liens avec le travail social	4
3. Objectifs	5
3.1 Objectifs de recherche	5
3.2 Objectifs personnels	5
3.3 Les moyens de réalisation	5
Cadre théorique	6
1. Mise en garde	6
2. Quelques définitions	6
2.1 Mon point de vue avant la recherche	8
3. Concepts	9
3.1 Définitions du terme « alcool »	9
3.2 L'alcool au niveau de la société	10
3.2.1 La société et l'alcool	10
3.3 La culture du vin en Valais	12
3.3.1 Les manières de boire dans notre société	13
3.3.2 La perception des personnes alcooliques par la société	15
3.3.3 Les différentes catégories de consommateurs	15
3.4 L'alcool au niveau individuel	17
3.4.1 Le passage de l'alcool dans le corps	17
3.4.2 Les effets de l'alcool sur le métabolisme	18
3.5 Le pas vers la dépendance	20
3.5.1 Évolution de la dépendance	20
3.6 La dépendance	21
3.6.1 Théories de la dépendance	21
3.6.2 L'alcoolisme	23
3.6.3 L'aspect biopsychosocial de la dépendance	26
3.6.4 La courbe en « U » selon Jellinek	28
3.7 Outils thérapeutiques	30
3.7.1 La thérapie cognitive et comportementale	30
3.7.2 L'approche motivationnelle	30
3.7.3 Théorie de Carl Rogers	31
3.7.4 La systémique	31
3.7.5 Modèle des Alcooliques Anonymes (AA)	32
3.7.6 Modèle Minnesota	33
3.8 Les rechutes	34

3.8.1	Quelques définitions	34
3.8.2	Théorie des rechutes selon Alan G. Marlatt	35
3.8.3	Les raisons possibles d'une rechute	35
3.8.4	Perception d'une rechute	37
4.	Les infrastructures	38
4.1	Les services stationnaires	38
4.1.1	Journée d'un professionnel travaillant dans une institution	39
4.2	Les services ambulatoires	39
4.2.1	Journée d'un professionnel dans un service ambulatoire	40
	Méthodologie	41
1.	Hypothèses de recherche	41
1.1	Hypothèse 1	41
1.2	Hypothèse 2	41
1.3	Hypothèse 3	41
1.4	Hypothèse 4	41
2.	La recherche sur le terrain	42
2.1	Le terrain d'enquête	42
2.1.1	La population, l'échantillon	42
2.2	Méthode de production des données	44
2.2.1	Premier contact avec les différents services	44
2.2.2	Déroulement des entretiens	45
2.3	Principes éthiques de la recherche	46
2.3.1	Principe de bienfaisance	46
2.3.2	Principe du respect de la dignité humaine	46
2.3.3	Principe de consentement libre et éclairé	46
2.3.4	Principe de confidentialité et d'anonymat	47
2.4	Limites de la recherche	47
	PARTIE II : RECHERCHE SUR LE TERRAIN	49
	Analyse	49
1.	Méthode d'analyse	49
2.	Analyse	51
2.1	Préparation de l'évitement de la rechute dans le service stationnaire	51
2.1.1	Perception du service stationnaire.	51
2.1.2	Rôle du service stationnaire	52
2.1.3	Outils des professionnels travaillant dans le service stationnaire	52
2.1.4	Outils transmis aux clients	54
2.1.5	Rôle du professionnel dans le domaine stationnaire	56
2.1.6	Est-il possible d'éviter une rechute ?	57
2.1.7	Conclusion en lien avec la première hypothèse	59
2.2	Prévenir les rechutes grâce à un suivi régulier dans le service ambulatoire	60
2.2.1	Rôle principal du service ambulatoire	60
2.2.2	Les moyens du service ambulatoire	61
2.2.3	Avantages et désavantages du service ambulatoire	63
2.2.4	Régularité des entretiens	65
2.2.5	Conclusion en lien avec la deuxième hypothèse	66
2.3	Rechutes évitées grâce à une méthodologie de travail	67
2.3.1	Travail en réseau	67
2.3.2	Les outils de travail des professionnels du service ambulatoire	68
2.3.3	Procédure de travail	68
2.3.4	Rôle du professionnel dans un service ambulatoire	71
2.3.5	Conclusion en liens avec la troisième hypothèse	73

2.4	Développement des moyens dans le service ambulatoire	73
2.4.1	Rôle des services ambulatoires	74
2.4.2	Outils transmis aux clients dans le service ambulatoire	75
2.4.3	Autres soutiens	76
2.4.4	Moyens pour éviter une rechute	78
2.4.5	Importance du suivi ambulatoire	79
2.4.6	Conclusion en lien avec la quatrième hypothèse	81
PARTIE III : AU TERME DE LA RECHERCHE		83
Conclusion		83
1.	Bilan personnel	83
1.1	Difficultés rencontrées	83
1.2	Mon point de vue après la recherche	84
1.3	Mon apprentissage	85
2.	Synthèse et discussion	86
2.1	Résultat global en liens avec mes hypothèses	86
3.	Réponse(s) à ma question de recherche	88
3.1	Le rôle d'un travailleur social dans l'accompagnement des personnes dépendantes	88
3.1.1	Rôle des professionnels dans le service stationnaire	88
3.1.2	Rôle des professionnels dans le service ambulatoire	90
3.2	Les outils que les professionnels ont en mains pour soutenir les personnes dépendantes.	92
3.3	Résultat de ma recherche	93
4.	Piste d'action	95
5.	Réflexion finale	95
Bibliographie		97
1.	Références bibliographiques	97
2.	Sites Internet	99
Annexes		I
1.	Annexe I : Une unité d'alcool	I
2.	Annexe II : La courbe en « U » de Jellinek	II
3.	Annexe III : Grille d'entretien pour les professionnels du stationnaire	IV
4.	Annexe IV : Grille d'entretien pour les professionnels de l'ambulatoire	VII
5.	Annexe V : Grille d'entretien pour les clients	X

Tables des illustrations

<i>Figure 1 : Fréquence de la consommation en 2007.</i>	<i>1</i>
<i>Figure 2 : L'alcool au féminin.</i>	<i>1</i>
<i>Tableau 1 : « Les effets de l'alcool sur la vigilance sur un sujet non intoxiqué chronique. ».</i>	<i>19</i>
<i>Tableau 2 : Les citations des clients récoltées en liens avec des thématiques.</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 3 : Les citations des professionnels récoltées en liens avec des thématiques.</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 4 : Différents thèmes en lien avec mes hypothèses.</i>	<i>50</i>

PARTIE I : PRÉPARATION AU TERRAIN

INTRODUCTION

1. L'alcool en Suisse

L'alcool est au centre de notre société. Il a une place qu'aucun autre produit ne possède. Il est ancré dans notre culture, dans notre vie sociale et gastronomique. Il est présent aux apéritifs, aux restaurants, aux repas, aux fêtes (mariages, enterrements, anniversaires,...) et ainsi de suite. En conséquence l'humain est constamment confronté à l'alcool. Pourtant l'alcool est un produit psychotrope qui peut avoir des conséquences graves sur l'organisme, le psychisme et la vie sociale des individus. En Suisse, il y a environ deux mille personnes qui décèdent chaque année en raison de leur consommation d'alcool.

2. Chiffres de la consommation d'alcool en Suisse

Depuis les années 1985, la consommation d'alcool est en légère baisse. La population suisse a passé de 13, 6 litres d'alcool pur par habitant², à 10, 9 litres en 2003 pour atteindre finalement 10 litres d'alcool pur en moyenne par habitant en Suisse³. La Suisse se situait en 2002, en raison d'une consommation de 10.8 litres d'alcool pur par habitant, au onzième rang au niveau international de consommation d'alcool. (Graf, pas de date).

Si l'on s'intéresse à la fréquence de la consommation en Suisse en 2007, on constate qu'environ 15% de la population⁴ est abstinente (aucune consommation d'alcool), et que 26% consomment de l'alcool moins d'une fois par semaine. 45% de la population en consomme au moins une fois par semaine et 14% en consomment quotidiennement⁵.

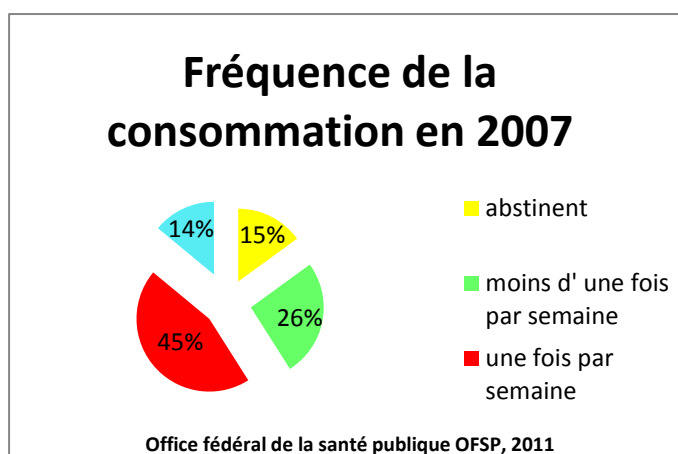


Figure 1 : Fréquence de la consommation en 2007.

2.1 Chiffres des personnes ayant une consommation à risque⁶

Dans mon travail, les différentes sortes de consommateurs d'alcool seront présentées. Cependant, afin d'avoir une idée du nombre de personnes alcooliques, il est important de citer quelques chiffres concernant ce sujet.

² Tous les habitants de Suisse à partir de 15 ans.

³ Consommation d'alcool en Suisse : <http://www.suchtschweiz.ch/fr/faits-et-chiffres/alcool/consommation/>, (Consulté juin 2013).

⁴ Population dès l'âge de 15 ans.

⁵ Consommation d'alcool : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/10157/index.html?lang=fr> (Consulté juin 2012).

⁶ « Selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une consommation journalière moyenne de plus de 20 grammes d'alcool pur pour les femmes et de plus de 40 grammes pour les hommes augmente significativement les risques pour la santé. » Addiction Suisse : <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/alcool/consommation/consommation-a-risque/> (Consulté juin 2013).

Il est estimé que trois-cent-mille personnes sont dépendantes à l'alcool en Suisse et qu'un million de personnes vivent avec un proche ayant des problèmes dus à sa consommation d'alcool⁷.

3. Choix de la thématique

Depuis de nombreuses années, je m'interroge sur cette substance qu'est l'alcool. Ce produit m'a toujours intriguée en raison des effets qu'il pouvait avoir sur une personne. Ma fascination s'est intensifiée lors de mon stage en tant qu'assistante sociale dans une institution pour personnes ayant des problèmes de dépendance. Ce stage, effectué lors de la formation à la HES-SO m'a permis d'avoir mes premiers contacts avec des personnes souffrant de dépendance, et tout particulièrement de dépendance à l'alcool.

Avant d'avoir effectué ma formation pratique, j'avais une représentation plutôt négative des personnes dépendantes. J'étais, malheureusement, loin de me dire que cette problématique de dépendance était une maladie. (OMS). J'étais aveuglée par ce que je voyais dans les rues. Ces personnes dépendantes semblaient, à mes yeux, manquer de volonté pour s'en sortir et être faibles de caractère. Toutefois, en approfondissant le concept de dépendance durant ma formation, j'ai perçu toute la complexité de ce phénomène. Et peu à peu, ma vision des personnes dépendantes changea. Cette évolution dans ma manière de penser s'est faite grâce aux différents contacts que j'ai pu avoir durant ces six mois, en côtoyant un grand nombre de personnes souffrant de dépendance. En entendant leurs histoires et leurs parcours, j'ai compris que ma vision des choses était éloignée de la réalité. Les riches discussions avec les différents professionnels m'ont aussi permis d'ouvrir davantage ma perception du sujet et de me rendre compte que les personnes alcoolodépendantes étaient effectivement malades. Leur volonté n'est pas toujours un élément suffisant pour modifier leur consommation. Ce n'est pas qu'une question de « vouloir » mais plutôt la capacité de pouvoir résister à un besoin qui est en jeu.

Ce changement de vision m'a permis de m'intéresser davantage au phénomène de la dépendance et, tout particulièrement à la dépendance à l'alcool. J'ai eu un grand intérêt à approfondir le développement d'une dépendance, son fonctionnement et ses conséquences.

Deuxièmement, comme déjà dit précédemment, nous vivons dans une société dans laquelle l'alcool a une grande influence. Ce produit se trouve partout et est facilement accessible. Il est constamment à portée de main et de ce fait très difficile à éviter. En travaillant dans le domaine social, il est probable que je serai en contact avec des personnes ayant des difficultés avec leur consommation d'alcool. Et d'après moi, il me sera plus facile d'accompagner ces personnes sans avoir de préjugés en tête en ayant compris le fonctionnement de la dépendance à l'alcool. Il est donc important que j'étudie plus spécifiquement le phénomène de la dépendance à l'alcool.

Mais mon intérêt ne porte pas seulement sur la dépendance à l'alcool. En tant que future assistante sociale, il ne suffit pas de comprendre ce phénomène pour soutenir les personnes souffrant de dépendance. Il est indispensable que je m'intéresse également aux divers traitements. C'est pourquoi je me suis principalement penchée sur la question des services ambulatoires et stationnaires que j'ai pu observer durant mon stage.

⁷ L'alcool en Suisse en quelques chiffres : <http://www.parent.ch/alcool-et-toxicomanie/708-chiffres> (Consulté juin 2013).

Les questions suivantes ont émergé de mon expérience : faut-il un soutien ambulatoire après un placement en institution pour s'en sortir ? Un placement résidentiel ne suffirait-il pas pour arrêter l'addiction au produit ? Quel est le moyen le plus efficace, le stationnaire ou l'ambulatoire ? Quel service peut soutenir au mieux la personne ?

Finalement, un élément primordial dans tout le suivi d'une personne alcoolique constitue l'objet principal de ce travail : le risque de rechute. Je suis persuadée que la problématique de la rechute est présente chez un grand nombre de personnes dépendantes et, que le professionnel doit y faire face dans son quotidien. De ce fait, il est important de comprendre le chemin qui conduit à la rechute pour pouvoir la prévenir, mais également afin de pouvoir accompagner la personne en cas de besoin.

En choisissant ces thématiques, j'ai pu approfondir mes connaissances à ce sujet. Mon travail permettra, je l'espère, aux personnes qui le liront de pouvoir approfondir leurs connaissances au sujet des personnes dépendantes et, qui sait, les aidera peut-être à changer leur vision sur le phénomène de l'alcoolodépendance.

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Dans ce chapitre, je présente ma question de recherche, le lien entre celle-ci et le travail social et, finalement, les objectifs que je me fixe pour mon travail de Bachelor.

1. Question de recherche

Ma motivation pour mon travail de Bachelor s'est portée sur trois grands axes principaux : l'alcool, les services stationnaires et ambulatoires et finalement, la rechute. Après plusieurs tentatives pour définir une question de recherche, et un certain nombre d'heures de réflexion, je suis enfin parvenue à une question qui rassemblait tout ce qui m'intéressait et me semblait pertinente pour les professionnels travaillant dans le domaine de la dépendance.

Ma question de recherche est donc la suivante :

Quelle influence le travailleur social a-t-il dans la prévention des rechutes auprès des personnes alcooliques passant du service stationnaire au service ambulatoire ?

2. Liens avec le travail social

Avant mon stage dans le domaine de la dépendance en tant qu'assistante sociale, je ne savais pas quel était le rôle d'un travailleur social dans le domaine des addictions. Je me suis rapidement rendu compte que ce rôle n'était pas (nécessairement) de s'occuper des assurances sociales ou des finances comme le font, par exemple, les assistants sociaux de l'aide sociale. Progressivement, j'ai réalisé que les travailleurs sociaux avaient un rôle bien spécifique. Tout d'abord, ils constituent un soutien social pour la personne venant chercher de l'aide. Ils informent également les individus à propos de leur consommation d'une substance psychotrope⁸. Le but n'étant pas nécessairement d'arrêter brutalement la consommation. Certaines personnes souhaitent « uniquement » ou dans un premier temps une simple réduction de celle-ci. Cependant, si la personne souhaite avoir un autre soutien afin d'atteindre un arrêt de la substance, le travailleur social peut également intervenir : chercher des finances, une place dans une institution, etc. Le travail de ces professionnels n'est donc pas uniquement un travail de soutien et de consultation, ils ont également le mandat de faire de la prévention primaire et secondaire. La prévention primaire consiste à informer la population avant l'apparition des problèmes. Le but de cette première prévention est de « *limiter l'apparition d'un problème* » (Brisson, 2010 : 25). La prévention secondaire consiste à « *limiter la progression ou de l'aggravation d'un problème* » (Ibid.). En effet, le but des professionnels à ce stade d'intervention est de limiter toute aggravation du problème déjà existant.

Durant ces six mois de formation pratique, j'ai observé les différentes sphères de la vie touchées (vie sociale, l'intégrité corporelle et psychique) par la consommation d'alcool. Il n'est pas rare d'avoir des clients qui se trouvent dans des conditions de vie difficiles ou même insupportables (cassure des liens familiaux, perte d'emploi, etc.). J'ai pu me rendre compte, après ces différentes observations, à quel point certaines personnes ont besoin du soutien de professionnels. Bien souvent, leurs propres capacités pour s'en sortir ne suffisent pas.

⁸ Une substance psychotrope est une substance « [...] chimique (alcool, médicament, etc...) qui agit sur le psychisme et les facultés mentales ». (<http://www.toxicomanie.org/alcool.htm>).

Grâce à l'accompagnement des travailleurs sociaux engagés qui connaissent bien la problématique des addictions, mais également d'autres phénomènes sociaux, un certain nombre de personnes peut s'en sortir et réduire de manière considérable leur risque de rechute. Il est bien entendu que le dernier pas pour s'en sortir reste dans les mains du client avec le soutien d'un professionnel en cas de besoin.

Lorsque j'observe les conséquences que l'alcool peut provoquer dans les différentes sphères de vie, ainsi que sur le plan physique et psychologique, il est, pour moi, évident que les travailleurs sociaux ont leur rôle auprès de personnes souffrantes de dépendance à l'alcool. Mais d'autres professionnels tels que les médecins et les psychologues trouvent également leur place dans l'accompagnement de ces personnes.

La problématique du passage d'un placement stationnaire à un suivi ambulatoire afin de prévenir les rechutes paraît également être en lien avec le travail social. En effet, ces thématiques concernent la problématique de la dépendance et du soutien social pour le parcours des personnes dépendantes. C'est à ce moment que la personne sera confrontée aux risques du quotidien et aux interactions sociales.

Finalement, je souhaite que ce travail de Bachelor soit une introduction à la thématique de la rechute dans le domaine de la dépendance à l'alcool pour les professionnels de ce domaine. J'espère les amener à une nouvelle perception de leur travail par rapport à la thématique de la rechute ainsi qu'à une remise en question de leur rôle et de leur travail.

3. Objectifs

3.1 Objectifs de recherche

- Obtenir un maximum d'informations sur la dépendance, l'alcoolisme et enfin la rechute par les lectures et les entretiens.
- Éclaircir les notions concernant la problématique de l'alcool.
- Connaître le fonctionnement des services ambulatoires.
- Comprendre les mécanismes de la dépendance en général.
- Saisir la complexité de l'alcoolodépendance.
- Etudier la notion de rechute et toute la complexité qui l'entoure.

3.2 Objectifs personnels

- Développer mes capacités d'analyse.
- Étendre mes connaissances concernant la problématique de la dépendance, de la rechute et du rôle des professionnels.
- Réduire mes préjugés concernant les personnes alcoolodépendantes, mais également à propos des autres dépendances.
- Rédiger mon travail de Bachelor.

3.3 Les moyens de réalisation

- Lire des ouvrages traitant les thématiques nommées ci-dessus.
- Réaliser des entretiens avec différentes personnes (professionnels et clients) concernées par la problématique.
- Être en contact avec des professionnels du terrain.
- Approfondir mes connaissances à ce sujet, grâce à mes expériences dans le domaine.

CADRE THÉORIQUE

1. Mise en garde

Afin d'éviter les malentendus, il est primordial d'éclaircir certains points avant de rentrer dans le vif du sujet. Je vais donc définir ci-dessous différents termes qui apparaîtront de nombreuses fois dans ce travail. Par la suite, il me semble incontournable d'évoquer mon positionnement sur la thématique au démarrage de la recherche. Ce chapitre permettra de bien différencier les deux points de vue : celui des auteurs dans un premier temps et, dans un deuxième temps, mon point de vue personnel

2. Quelques définitions

Dans mon travail, certains termes peuvent avoir des définitions bien différentes selon la position d'où l'on s'exprime (profane ou professionnelle). C'est pour cette raison que je souhaite définir concrètement les termes/concepts suivants :

- **LA DÉPENDANCE**

La dépendance est un terme complexe. Afin de le définir, je me suis basée sur deux manuels bien précis. Tout d'abord celui du DSM IV (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux), la dernière version d'un manuel qui a été développée par l'Association des Psychiatres américains. (Loonis, 2002). Ces psychiatres ont rédigé un livre dans lequel ils catégorisent et classifient les critères et les recherches statistiques des troubles mentaux. Le second manuel m'aidant à définir la dépendance est le CIM 10 (Classification Internationale des Maladies). Il a été développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1994. (Loonis, 2002) C'est également un manuel de classification dont le but est de cataloguer les maladies ainsi qu'une variété importante de signes et de symptômes.

La CIM 10 définit la dépendance selon les six critères suivants :

- *« Désir puissant de consommer*
- *Difficulté à contrôler sa consommation*
- *Parfois syndrome de sevrage physique, lors d'arrêt ou de réduction de la consommation*
- *Tolérance accrue (la dose doit être augmentée pour obtenir le même effet)*
- *Désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation*
- *Poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives »*⁹

D'après le CIM 10, la présence de trois des critères nommés ci-dessus (Addictions Suisse, 2012), chez une personne, durant une période d'au moins une année, est perçue comme une dépendance. (Uchtenhagen, 2002).

Le DSM IV a également énoncé des critères permettant de savoir si une personne est dépendante ou non. Voici les critères du DSM IV :

- *« Altération du fonctionnement (ou une souffrance) caractérisé par la tolérance.*
- *Symptôme de sevrage.*
- *Perte de contrôle (quantité, durée).*
- *Le désir persistant*

⁹ Addiction Suisse, *La dépendance* : <http://www.suchtschweiz.ch/fr/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/dependance/> (Consulté novembre 2012).

- *Le temps passé pour obtenir la substance ou se remettre de ses effets*
- *L'abandon d'activités adaptatives (sociales, travail, loisirs) à cause de l'utilisation de la substance.*
- *La substance continue d'être utilisée malgré la connaissance des problèmes physiques et psychologiques qu'elle peut poser (ulcère alcoolique, ...) » (Loonis, 2002).*

Ces critères se rapprochent fortement de ceux du CIM 10 avec toutefois de légères différences. Le CIM parle de la notion du désir puissant de consommer, et le DSM y ajoute l'envie de réduire la consommation et la durée¹⁰ de consommation.

Tout comme le CIM, le DSM précise qu'il doit y avoir la présence de trois critères, sur une période de douze mois pour que l'on puisse parler de dépendance. (Uchtenhagen, 2002).

Le concept de dépendance sera basé sur ces deux définitions dans ma recherche.

- **ADDICTION**

Le terme « addiction » ne se trouve pas dans les manuels cités ci-dessus. La définition qui me semble la plus pertinente est celle de Loonis, qui dit que « [...] les addictions correspondent à un ensemble de conduites qui vont des consommations de substance psychotrope, jusqu'aux conduites compulsives les plus variées. ». (Loonis, 2002 : 17).

Les addictions sont donc un comportement plus large qu'une dépendance. Il existe quatre troubles distincts qui sont catégorisés dans le phénomène d'addiction. Il y a tout d'abord les troubles liés à une substance, les troubles des conduites alimentaires, les paraphilies¹¹ et les troubles des impulsions. (Ibid.). On pourrait finalement différencier l'addiction de la dépendance par le fait que la dépendance est liée uniquement aux substances tandis que l'addiction peut se manifester avec et sans substance. (Manghi, pas de date).

- **ABUS (selon le DSM IV) / CONSOMMATION NOCIVE (selon le CIM 10)**

« L'abus est une utilisation unique, de plusieurs fois ou constante de tout type de drogue sans une indication médicale ou dans un dosage excessif. »¹² (Addiction-Valais, 2002 : 15). Voici les critères permettant d'établir si l'utilisation est abusive ou non :

- « La consommation n'est pas adéquate à la situation
- Avec la consommation, il est cherché un effet très spécifique
- La consommation amène à une modification corporelle et/ou mentale. » (Ibid.).

Selon le DSM IV ainsi que le CIM 10, il y a abus ou consommation nocive lorsqu'un « [...] mode de consommation inadéquat entraînant une souffrance et/ou une altération dans au moins un des domaines suivants :

- Santé physique
- Santé psychique
- Scolarité ou vie professionnelle

¹⁰ Phase de la consommation, de la première consommation à aujourd'hui.

¹¹ « Les paraphilies sont définies explicitement comme des fantasmes imaginatives sexuelles excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétée et intense (...). ». (Loonis, 2002 : 19).

¹² « Missbrauch ist eine einmalige, mehrmalige oder ständige Verwendung jeder Art von Drogen ohne medizinische Indikation oder in übermässiger Dosierung. ». (Sucht-Wallis, 2002 : 15). Traduit par Nathalie Heuss.

- *Famille*
- *Relation sociale*
- *Situation financière*
- *Relation à la loi, l'ordre, la société* ». (Manghi, pas de date : 19).

Le CIM 10 complète cette définition avec la notion de durée et estime qu'il faut qu'il y ait au minimum pendant une année une altération dans un de ces domaines nommés ci-dessus. (Ibid.).

- **DROGUE**

« On appelle "drogue" toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience. » (Addiction Suisse, 2012)¹³. Cette définition démontre que l'alcool fait partie des drogues puisque c'est un produit psychoactif. Or contrairement aux autres drogues, l'alcool est accepté socialement.

- **TOXICOMANIE**

« Comportement consistant à consommer de façon régulière et importante des substances (drogues) plus ou moins toxiques et susceptibles d'engendrer un état de dépendance psychique et/ou physique. » (Schadé, 2001 : 1152). Je constate par cette définition, ainsi que celle de la drogue, que la toxicomanie ne concerne pas uniquement les substances illégales telles que l'héroïne ou encore la cocaïne, mais également l'alcool, une substance qui, je le rappelle, est tout à fait légale en Suisse.

- **TOXICITÉ**

La toxicité est « la capacité ou la propriété d'une substance de causer des effets néfastes. »¹⁴. Par cette définition, une substance peut causer des dommages importants. Je vais présenter par la suite que l'alcool est une substance qui a incontestablement la capacité de faire des dégâts à une personne, que ce soit au niveau métabolique ou au niveau social.

2.1 Mon point de vue avant la recherche

- **L'ALCOOLISME EST-IL UNE MALADIE ?**

Il m'a été difficile de répondre à cette question. Avant de m'être intéressée aux addictions et, plus spécifiquement, à la dépendance à l'alcool, j'aurais répondu que l'alcoolisme n'est pas une maladie. En effet, avant de connaître l'alcoolisme de manière plus approfondie, il me semblait évident que les personnes concernées devaient être en mesure de stopper leur(s) consommation(s). S'ils n'en étaient pas capables, je pensais qu'ils étaient faibles de caractère. Je me disais « bêtement » que ça ne devait pas être compliqué de poser son verre, et de prendre une autre boisson ne contenant pas d'alcool. Or, après avoir eu différents contacts avec des personnes alcooliques, que ce soit des individus encore actifs dans la dépendance ou des personnes abstinentes se trouvant dans le groupe des Alcooliques Anonymes, j'ai pu réaliser que mes idées ne collaient pas à la réalité. Je me suis rendu compte qu'il n'était pas aussi facile de laisser son verre de côté lorsque l'on est dépendant. Malheureusement, ces témoignages ne sont pas parvenus à me persuader totalement du contraire. Une voix en moi me disait : "OUI ! L'alcoolisme est une maladie" et une autre était encore hésitante.

¹³ Addiction Suisse <http://www.addictionsuisse.ch/fr/faits-et-chiffres/> (Consulté novembre 2012).

¹⁴ Green Facts <http://www.greenfacts.org/fr/glossaire/tuv/toxicite.htm> (Consulté novembre 2012).

C'est finalement après avoir fait des recherches théoriques sur l'alcoolisme, que j'ai choisi un point de vue : celui de dire avec persuasion que l'alcoolisme est une maladie.

- **CONCEPT DE LA RECHUTE**

Tout en long de ce travail, j'utilise les termes de rechute, de réalcoolisation ainsi que le concept de dérapage. Ces derniers vont être utilisés en tant que synonymes et non pas en tant que notions distinctes, mais je mentionne sous le point 3.8 *Les rechutes* qu'il y a tout de même quelques différences entre ces trois termes.

- **GENERALITES SUR LE MÉMOIRE**

Avant de rentrer dans le vif du sujet, je souhaiterais donner mon avis général sur ce qui va suivre. Je nomme, tout au long de mon travail, différents auteurs qui ont une forte tendance à vouloir catégoriser les personnes. Ceci se ressent surtout dans certains passages tels que par exemple le point 3.6.2.2.2 *Les différentes formes d'alcoolismes*. Je comprends que pour expliquer certaines thématiques, il est utile et préférable de faire des catégorisations pour simplifier la compréhension. Cependant, je voudrais vraiment insister sur le fait que ce n'est pas ma vision de la réalité. Il est difficile de mettre des personnes dans des groupes, malgré le côté pratique que l'on peut trouver. Mon avis se base sur la conviction que chaque humain est différent et, que malgré certains points qu'ils peuvent avoir en commun, il n'est nullement possible de faire des catégories. Finalement, faire des classifications peut être utile dans la théorie, mais les catégories ne rendent pas compte de la globalité, la complexité et l'individualité des personnes concernées. Des catégories sont donc citées dans mon texte en référence aux auteurs et dans le but de définir, en théorie, la problématique de ma recherche.

3. Concepts

Afin de mener à bien ma recherche, je vais présenter plusieurs thématiques. Premièrement, celle de la consommation. Ensuite, j'aborderai la problématique de la dépendance, et je continuerai avec l'aspect biopsychosocial de cette dernière. Par la suite, j'aborderai les traitements possibles et, finalement, je présenterai quelques aspects importants du phénomène de la rechute.

3.1 Définitions du terme « alcool »

Le mot *Alcool* provient de l'arabe *AL-KOHOL*. Ce dernier signifie : poudre impalpable, fard à paupières. C'est un symbole pour la subtilité, un masque, une illusion ou encore une tromperie. (Coulombier, 2007).

L'alcool est une petite molécule nommée éthanol ou alcool éthylique. L'alcool provient de la fermentation des sucres contenus dans les fruits, les graines, les pommes de terre, etc... Dans notre société, nous avons deux catégories de boissons contenant de l'alcool. La première est la boisson alcoolique. Celle-ci est une boisson ayant naturellement de l'alcool soit par fermentation telle que le vin, la bière et le cidre, soit par distillation telle que l'eau-de-vie et le cognac. La seconde catégorie est la boisson alcoolisée. Cette dernière est une boisson ne contenant pas naturellement d'éthanol dans laquelle l'alcool a été ajouté par la suite, par exemple sous la forme de whisky, de vodka. (Pellegrini, 1994).

L'éthanol est une substance psychotrope toxique pour les organes qui peut mener à la dépendance ou même à la mort. (Hillemand, 2000). Il peut être la cause de différentes pathologies graves telles que la cirrhose (maladie du foie) ou encore le cancer de l'œsophage. Il existe également des risques de maladie mortelle.

L'éthanol peut fortement changer le comportement des consommateurs, d'où le terme psychotrope. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001).

3.2 L'alcool au niveau de la société

Avant d'approfondir la thématique de l'alcool dans la société, il est important de préciser que dans mon travail, je vais principalement m'intéresser à la société occidentale, tout particulièrement la Suisse au XXI^e siècle.

3.2.1 La société et l'alcool¹⁵

Le vin de miel fut la première boisson alcoolique fabriquée. Ensuite, vint la bière et pour finir le vin, souvent utilisé alors comme objet de culte. (Pellegrini, 1994).

Chez les Chrétiens l'alcool, et tout particulièrement le vin, avait une grande importance puisqu'il représente le sang du Christ. C'est pour cette raison que jusqu'au XVIII^e siècle et début du XIX^e siècle, la consommation d'alcool était tolérée et naturelle. Malgré cette tolérance, l'ivresse existait déjà et était un comportement peu apprécié. Il représentait une faute, un péché, un vice. (Gueibe, 2008).

À partir de la révolution industrielle (fin du XVIII^e siècle en Europe), les boissons alcoolisées pouvaient être produites en masse. L'alcoolisme devint un réel fléau social, stigmatisé par les uns et dénoncé par d'autres. Depuis bien longtemps, et encore aujourd'hui, il est souvent considéré que la personne alcoolique est la seule responsable de sa dépendance à l'alcool. Elle est encore décrite comme une personne labile ne sachant pas contrôler ses pulsions. L'alcoolisme peine toujours à être perçu comme une maladie. (Ibid.).

La difficulté pour intégrer ce changement de paradigme part d'un point bien précis. Le vin à depuis bien longtemps la «symbolique [d'être le] sang de dieu et [le] venin de Satan [...]» (Gaussot, 2004 : 18). Je constate qu'il est à la fois quelque chose de bon et quelque chose de mauvais. «L'alcool incarne toutes les vertus et tous les vices possibles. Pourvoyeur de jouissance et incarnation du Mal» (Ibid.). Il est un symbole d'échange tout en présentant le risque de développer une dépendance. L'alcool est autant un symbole d'insertion sociale qu'un symbole d'exclusion sociale. Il peut y présenter un risque de dépendance, un danger pour l'organisme, tout en favorisant les liens sociaux. (Ibid.).

Le vin, lui, a un rôle très précis depuis des siècles dans notre société. Il symbolise la convivialité, l'intégration sociale. Boire un verre de vin ne correspond pas à ingérer une substance psychotrope. C'est tout d'abord accomplir un rite ancestral dans lequel on partage un savoir et un secret. (Ibid.). Boire de l'alcool serait en fin de compte un geste de savoir-vivre et de convivialité. (Thomazeau, 2002).

Ces rites autorisent la consommation d'alcool et montrent par la même occasion que l'on ne boit pas seul, ni n'importe quand et n'importe où. Il y a un ensemble de règles qui autorisent en toute bonne conscience la consommation d'alcool dans la société d'aujourd'hui. (Gaussot, 2004).

Tous ces rites et normes liés à l'alcool sont attachés à la croyance de maîtrise de soi. On a le droit de boire avec des amis, pendant un repas (parfois en lien avec les coutumes), mais il faut être apte à ne pas dépasser ses propres limites. Nous sommes aujourd'hui dans une société dans laquelle tout ce qui se rattache à notre organisme et à nos pulsions doit rester dans le domaine du privé.

¹⁵ Gaussot, L., (2004), *Modération et sobriété. Études sur les usages sociaux de l'alcool*. L'Harmattan : Paris.

Cette retenue des pulsions et des sentiments est considérée comme étant la base du savoir-vivre dans notre société. Lorsque la personne consomme de l'alcool, on attend d'elle qu'elle se comporte de manière adéquate et comme d'habitude. Ce qui implique qu'elle doit être en mesure de garder ses sentiments et pulsions en elle. Ceci n'est évidemment pas facile lorsque l'on sait quel(s) effet(s) l'alcool a sur l'organisme¹⁶. (Gaussot, 2004).

Si une personne commence à prendre goût à l'alcool, il est possible qu'elle perde à un moment donné la maîtrise sur sa consommation. Ceci impliquerait qu'elle ne parviendrait plus à dominer ses sentiments et ses pulsions. Le temps social peut devenir difficile à gérer. (Ibid.). L'individu va de ce fait vivre dans son propre temps. Il rentre dans un schéma dans lequel il perd la liberté de s'abstenir, et va donc devenir dépendant à l'alcool (définition de la dépendance selon de Fouquet). (Batel, 2006). C'est pour cette raison qu'une personne alcoolique peut être en rupture de lien social. (Gaussot, 2004.). Si une personne boit et perd le contrôle sur elle-même, et ceci à chaque événement, elle risque de perdre sa crédibilité dans la société. Elle quitte donc progressivement le monde social. Pourtant, après quelques années de vie dans le canton du Valais, j'ai pu observer que la culture de l'alcool y est différente (cf. point 3.3 *La culture du vin en Valais*). D'après ce que j'ai perçu dans un cadre limité, une perte régulière du contrôle de soi n'impliquait pas automatiquement une exclusion sociale. Je me demande même si le vin n'est pas au contraire un facteur de socialisation dans ce canton ?¹⁷

Pour éviter tout problème de dépendance, il y a des personnes qui préfèrent s'abstenir de toute consommation. D'après Gaussot, cette attitude n'est guère appréciée dans la société d'aujourd'hui. Ce comportement est perçu comme une attitude exagérée de la part d'une personne qui n'est pas apte à trouver un juste milieu. Et l'insertion sociale de ces personnes abstinences ne sera de ce fait pas évidente. (Ibid.).

En fin de compte, je constate que l'alcool joue un grand rôle dans l'insertion sociale. Il est capital de savoir contrôler sa consommation et de boire ni trop ni trop peu afin d'avoir une place dans la société. (Ibid.). L'alcool « [...] est un produit licite, mis en avant par la culture et la publicité, bon marché comparé aux drogues dures, disponible à toute heure, sans recours à une autorisation ou à une prescription quelconque. ». (Gomez, 1997 : 17).

Ces raisons culturelles peuvent être, d'après moi, une difficulté à garder la maîtrise de sa consommation. De ce fait, certaines personnes préfèrent être abstinences, alors que d'autres ne parviennent plus à garder leur consommation sous contrôle et deviennent progressivement dépendants à cette substance : ces deux attitudes face à l'éthanol n'étant que peu appréciées. (Gaussot, 2004). D'où la difficulté pour les personnes dépendantes à l'alcool, mais également les personnes abstinences après de longues années de dépendance, de se réintégrer socialement. Ces dernières ont quitté en quelque sorte le chemin du savoir boire et ils le payent en subissant le regard de la société sur eux. Je me demande donc comment une personne peut éviter de rechuter après un placement stationnaire en institution avec une si grande pression sur les épaules. Comme je viens de le présenter, la personne devrait parvenir à consommer de nouveau d'une manière contrôlée afin de pouvoir en quelque sorte refaire partie de la société. Malheureusement, différentes discussions avec des personnes se trouvant dans le groupe des Alcooliques Anonymes m'ont laissé penser qu'il est difficile de retrouver une consommation contrôlée après la thérapie.

¹⁶ Voir paragraphe 3.4.2 *Les effets de l'alcool sur le métabolisme*.

¹⁷ Ceci reste très un point de vue très personnel et ne tient compte que d'observation dans un cadre restreint.

3.3 La culture du vin en Valais

Étant donné que ma recherche s'oriente sur l'alcoolisme en Suisse, il me semble inévitable de parler du Valais, canton dans lequel le vin a une grande importance. En effet, toutes personnes ayant déjà passé quelques jours en Valais ont pu percevoir un paysage viticole bien présent.

Déjà au Moyen-Âge, la boisson issue du raisin avait plusieurs fonctions primordiales. Tout d'abord, le vin était un produit alimentaire au même niveau que le pain et le fromage. Les paysans travaillant dans les vignes emportaient du vin dans leur gourde. Pour eux, cette boisson était une source d'énergie qui permettait de garder la force au même titre qu'un potage. Cependant, au XXe siècle, le vin disparut du monde du travail, remplacé par d'autres boissons apparues sur le marché. À ce moment précis, le vin perdit sa valeur énergétique et prit le rôle de boisson de plaisir consommée à table et au rituel de consommation. (Zufferey-Périsset & al., 2009).

Par le passé, le vin fut également utilisé comme médicament. Il était mélangé à des herbes médicinales dans le but de soulager les douleurs de l'estomac ou pour aider les problèmes de digestion par exemple. (Ibid.).

De plus, le vin avait, comme de nos jours, également un rôle social. Il était effectivement consommé durant les repas et le travail. Il était utilisé dans le but de marquer les moments occasionnels, tels que la signature d'un contrat. Finalement, beaucoup de moments étaient propices pour boire du vin.

Dans le domaine de l'économie valaisanne, le vin jouait déjà un rôle. Et pas des moindres. La production et la consommation de vin se trouvaient, tout d'abord, dans le domaine domestique. Les individus produisaient du vin, dans un premier temps pour leur propre usage et, s'il en restait, ils tentaient de le commercialiser. À cause de la production irrégulière, la commercialisation de ce produit n'était pas organisée. C'est pourquoi seules les personnes économiquement stables pouvaient faire du commerce avec leur vin. (Ibid.).

À l'époque contemporaine, les choses évoluèrent. Les clergés et les familles aisées produisaient du vin en grande quantité dans leurs caves, ce qui leur permettait de le vendre. Toutefois, il n'y avait pas assez de vin pour toute la population : il n'y avait pas assez de vigne pour en produire en suffisance. En ce temps, le Valais n'avait pas encore autant de terres viticoles. Le terrain était davantage utilisé pour le fourrage et l'agriculture. À partir de 1848, le vin prit de plus en plus d'importance. Et c'est qu'en 1860 que les vignes prirent la première place dans l'agriculture valaisanne. Dès 1957, le Valais est devenu le canton ayant le plus grand vignoble de Suisse grâce à ces 3550 hectares. (Ibid.). Aujourd'hui encore (chiffres de 2012), ce canton possède environ cinq mille hectares de vigne et la production de vin représente 38.6% de la production Suisse en 2011. (Bender & Glassier-Bracci, 2012). Dans la deuxième moitié du XXe siècle, les vignes sont donc devenues pour les propriétaires un revenu accessoire ou principal, grâce à la demande très forte de vin en Suisse. (Zufferey-Périsset & al., 2009).

Au XXe siècle, le vin est devenu une boisson de plaisir. Il est consommé durant des célébrations et des assemblées qui permettent de se retrouver ou de parler de choses importantes. Le vin fut d'abord une boisson masculine qui prendra par la suite également de l'importance dans le monde féminin. Toutes ces traditions en lien avec le vin montrent la place qu'il possède dans la société valaisanne. Effectivement, avoir du vin et pouvoir en offrir est un honneur pour les valaisans. Les caves deviennent un lieu de « réunion » pour discuter. Ces rencontres autour du vin permettent également aux personnes qui n'en produisent pas de pouvoir en consommer.

En Valais, on peut observer trois grandes manières de boire. Tout d'abord celle de boire le vin pour ses qualités. C'est-à-dire le consommer dans les caves, pour l'apéritif, ou encore au café. Cette manière de boire est un élément de socialisation qui a lieu lors de moment de partage, tels que des fêtes ou des discussions. Ensuite, il y a le rituel de la « tournée ». Ce mode de consommation se fait dans un lieu public et il dicte les règles de consommation et de paiement.

Effectivement, à l'heure de l'apéritif les individus se retrouvent dans un restaurant et chaque personne se doit d'offrir au moins un verre aux personnes présentes à sa table. Une fois le processus de don et de contre-don débuté, les individus peuvent difficilement s'en sortir sans payer au moins une fois la tournée. Notons que ce rituel n'était pas courant chez les femmes avant les années 80. La dernière manière de consommer du vin est lors des repas : il fait partie de l'alimentation. Le vin est apprécié pour le plaisir qu'il procure et pour sa qualité et non pas pour ses effets négatifs et enivrants. En 1980, le vin prend une nouvelle dimension, celle de la dégustation. La société apprécie de plus en plus des vins de qualité, et c'est pour cette raison que le phénomène de dégustation apparut. Les individus utilisèrent tous leurs sens pour différencier les vins entre eux. Le mode de consommation changea. A présent, les personnes boivent le vin dans des verres à pied, le sentent, le goûtent puis le discutent. (Zufferey-Périsset & al., 2009).

Finalement, « *le vin demeure ce symbole puissant qui relie les gens, qui célèbre et qui fait plaisir.* » (Zufferey-Périsset & al., 2009 : 405). Or, les valaisans ne sont pas plus que d'autres protégés contre les effets néfastes de l'alcool. Dans ce canton, les atteintes à la santé liée à l'alcool sont légèrement plus élevées que la moyenne Suisse. C'est pour ces raisons que les instances de prévention n'épargnent pas ce canton malgré la place sociale et économique que tient le vin. En 1904, l'association Croix d'Or a été créée pour soutenir et encourager les personnes souhaitant rester abstinents. Quelques années après, en 1954, une ligue contre les abus d'alcool est née. En 1972, celle-ci devient la ligue valaisanne contre les toxicomanies, désormais appelé Addiction-Valais. Ces changements de nom sont dus à l'évolution des problématiques et aux changements de paradigmes. En 1999 la compagne *Combien* voit le jour. Il s'agit d'une nouvelle sorte de prévention car elle n'est plus axée sur les comportements, mais sur les habitudes de consommation et les conséquences progressives sur la santé et la vie sociale. (Ibid.).

Je constate que le Valais vit dans un paradoxe permanent entre prévention et promotion. D'un côté, le vin est totalement intégré dans la culture valaisanne et, de l'autre côté, les professionnels tentent de prévenir la population sur les risques liés à l'alcool. Dans un tel contexte, je me demande s'il est réaliste et possible de pouvoir faire de la prévention de manière efficace

En fin de compte, depuis déjà bien des siècles, le vin tient une place primordiale dans l'économie et la société du Valais. Effectivement, il permet à une bonne partie de la population de vivre, que ce soit au niveau du travail ou des finances. Chaque individu a au final quelque chose à gagner grâce à cette culture des vignes. Et finalement, l'importance du vin en Valais est due au fait que, depuis longtemps, le vin est au cœur de la vie de la société et que les coutumes se perpétuent de génération en génération.

3.3.1 Les manières de boire dans notre société

J'ai présenté aux points précédents la place de l'alcool dans nos mœurs ainsi que, de manière brève, les manières de boire. Je vais maintenant aborder ce second aspect d'un peu plus près.

J'ai appris qu'il faut pouvoir se contrôler lorsque l'on consomme et que l'on ne boit pas n'importe où, ni n'importe quand. (Gaussot, 2004). Lorsque ces limites sont dépassées, les personnes sont dans un boire « trop ». L'existence de ce boire « trop » crée l'existence du boire « normalement » et du boire « pas assez ». (Coulombier, 2007).

Une grande partie de la population est persuadée de consommer dans les normes. La raison de cette affirmation de la part de la majorité des individus est qu'ils se comparent à d'autres personnes consommant une plus grande quantité d'alcool (qu'eux-mêmes). Chaque personne connaît une autre personne qui consomme plus. (Ibid.).

« S'il boit tous les jours, il connaîtra quelqu'un qui boit dès le matin ; s'il boit le matin, il connaîtra quelqu'un qui se lève la nuit pour boire ; s'il se relève la nuit pour boire il connaîtra quelqu'un qui a une cirrhose ; s'il a une cirrhose, il connaîtra quelqu'un qui en est mort... ». (Coulombier, 2007 : 22). Cette identification à l'autre montre que chaque individu à son propre « alcoolique » pour s'identifier et pour montrer que lui-même n'est pas dans cette situation. De ce fait, il estime boire d'une manière tout à fait adéquate. La difficulté survient lorsque la personne se retrouve avec des individus ne consommant pas une goutte d'alcool. Lorsqu'elle se compare à ces derniers, elle aura tendance à se sentir hors de la norme puisqu'elle consomme obligatoirement plus que la personne abstinent. Finalement, *« ne serions-nous pas forcément l'alcoolique de quelqu'un d'autre ? »*. (Ibid.).

Le rapport de l'individu avec l'alcool est en fin de compte relatif. Les sujets se comparent aux autres et sont rassurés lorsqu'ils se trouvent avec des personnes qui ont la même consommation qu'eux. Ceci permet de se sentir dans le boire « normal ». (Ibid.).

Toutefois, il existe des chiffres qui indiqueraient une consommation dite « normale ». Il est conseillé de ne pas consommer plus de vingt-et-un verres standards¹⁸ par semaine pour un homme et de quatorze verres standards pour une femme¹⁹. L'établissement de ces chiffres permet d'éviter tout risque de maladies possible en lien avec la consommation d'alcool. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a décidé, en plus de cette indication du nombre de verres par semaine, de donner une indication du nombre de verres par jour. Ces chiffres permettent d'indiquer la limite de consommation afin de prévenir des alcoolopathies (maladies organiques en lien avec l'éthanol). (Batel, 2006).

En fin de compte il est possible de retenir deux choses importantes dans la manière de boire dans notre société. Le premier point est que les individus se comparent constamment entre eux afin de savoir où ils se positionnent quant à leur consommation. En se positionnant, ils donnent également une place à l'autre. (Coulombier, 2007). Je me rends compte que chacun est finalement un consommateur qui boit « trop » par rapport à celui qui se compare. Le second point pertinent dans cette partie est que l'OMS a essayé d'utiliser des chiffres afin de montrer à quel moment une consommation peut devenir dangereuse pour l'organisme. Ces chiffres ont le rôle de repère pour les gens afin de savoir où se trouve la limite d'une consommation dite normale. (Batel, 2006). Cependant, ces chiffres amènent une difficulté supplémentaire : l'inégalité des gens face à l'éthanol et aux alcoolopathies. Donc, ces chiffres ne restent qu'une indication.

¹⁸ Un verre standard est 7 cl d'apéritif à 18°, 2.5 cl de digestif à 45°, 10 cl de champagne à 12°, 25 cl de bière à 5°, 10 cl de vin à 12°, etc... (cf. annexe I).

¹⁹ Nous ne sommes pas tous égaux face aux maladies liées à l'alcool, ce qui fait que ces chiffres sont uniquement un point de repère. Il se peut donc qu'une personne boive moins d'éthanol que ces chiffres nommés ci-dessus et qu'elle développe une alcoolopathie.

3.3.2 La perception des personnes alcooliques par la société

Durant les époques du Moyen-Âge, de l'Antiquité ou encore de l'époque féodale, l'humain n'était pas considéré comme autodéterminé. Il faisait simplement partie de la nature que Dieu avait créée. C'est pourquoi les alcooliques n'étaient pas marginalisés. C'est uniquement à partir de la Renaissance que la responsabilité individuelle prend place. Ce changement de philosophie s'est fait progressivement et l'homme s'est trouvé tout à coup responsable de ses actes. Les individus étaient autonomes et non pas guidés par la puissance extérieure du Dieu. C'est à ce moment qu'apparu le terme du « contrôle de soi ». L'homme était désormais libre d'agir, et il devait donc être capable de se contrôler.

« *L'alcoolisme devint le vice par excellence et le buveur est considéré comme un être abandonné par Dieu lui-même que l'on va culpabiliser et stigmatiser. L'ivrogne est alors bon pour la maison de correction.* » (Müller, 2001 : 10). Ce changement de paradigme a eu comme effet que les personnes consommant trop d'alcool n'entraient plus dans la norme. La consommation excessive était de leur faute et, si elles le voulaient, elles pouvaient changer de comportement. Les personnes alcooliques vont, dès lors, être stigmatisées pour leurs manques de contrôle.

Durant le XIX^e siècle, un nouveau changement de paradigme se produit : l'individu est déterminé par l'environnement physique et sociopolitique, tout en étant autonome. « *L'homme ne devient homme que par la socialisation.* ». (Müller, 2001 : 10). Ce changement de philosophie enlève la notion de faute à la personne. Au début du XX^e siècle, l'alcoolisme commence à être considéré comme une maladie, ce qui change la perception de la société quant aux personnes ayant des problèmes avec l'alcool. En effet, cette philosophie déculpabilise la personne concernée. Le problème n'est plus estimé comme un problème social, mais bel et bien comme un problème individuel et médical. (Ibid.).

En fin de XX^e siècle, le néolibéralisme prend de plus en plus d'importance. À cette époque, l'État porte une grande attention à cette notion. Il pense que « *tout à chacun est tenu d'assumer les coûts qu'il occasionne par ces comportements, notamment celui qui boit trop.* » (Müller, 2001 : 11). L'idée de responsabilité individuelle est à nouveau présente, ce qui crée à nouveau de la culpabilité chez les individus concernés. Toute cette philosophie sociale augmente la marginalisation des personnes dépendantes et rend leur intégration sociale très difficile. (Ibid.).

Une partie des personnes alcooliques se perçoivent elles-mêmes comme étant faibles de caractère. Ceci augmente leur sentiment de honte et de culpabilité et peut les amener à boire davantage, parfois jusqu'à l'excès. Elles se marginalisent de plus en plus car elles n'ont plus de travail et leur situation financière se dégrade. Elles sont désormais uniquement en contact avec des personnes se trouvant dans la même situation, ou avec des personnes les aidant dans leur thérapie. (Ibid.).

3.3.3 Les différentes catégories de consommateurs

Avant de continuer sur la thématique des personnes alcooliques, il est important d'évoquer les différentes catégories de consommateurs. Comme déjà dit, établir des catégories permet une simplification. D'après moi, ce n'est pas tout à fait représentatif de la réalité.

On trouve dans la littérature quatre groupes principaux de consommateurs d'alcool :

1. Non usage / non consommateur / abstinent
2. Usage normal / consommateur « modéré » / consommateur occasionnel

3. Mésusage sans dépendance / consommateur à risque / usage à risque / buveur excessif.
4. Mésusage avec dépendance / usage nocif avec dépendance

Les abstinents :

Dans cette première catégorie se trouve les personnes abstinentes. Ce groupe concerne toutes les personnes ne buvant volontairement aucune boisson contenant de l'alcool. (Pellegrini, 1994). Deux raisons peuvent être observées quant à cette abstinence. Tout d'abord, il y a la question de goût, de culture ou encore d'idéologie. Ensuite, une autre raison poussant le sujet à ne plus vouloir consommer de l'alcool, peut être les mauvaises expériences faites avec ce produit. Ceci concerne tout particulièrement les personnes alcooliques qui ont décidé par la force des choses de ne plus consommer cette substance. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001).

Les consommateurs « modérés » :

Le deux tiers de la population se trouve dans cette catégorie de consommation. (Ibid.). Elle concerne deux sortes de consommateurs : les personnes qui boivent de l'alcool de manière occasionnelle, et les personnes buvant de l'alcool régulièrement, mais en quantité réduite. La première population touche les individus qui boivent de l'alcool lors de certaines occasions précises de manière modérée, sans atteindre l'ivresse. Dans le second sous-groupe, ce sont des sujets qui consomment régulièrement, mais en petite quantité. Les personnes se trouvant dans cette catégorie n'ont pas de problèmes ni de conséquences en lien avec leur consommation. (Pellegrini, 1994). Toutefois, une consommation ponctuelle peut conduire parfois à des accidents de la route ou à des comportements délictueux. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001).

Consommation à risque :

Elle touche également une grande partie de la population. (Ibid.). Ce sont les personnes qui boivent de manière régulière de l'alcool et ceci en grande quantité, et ne contrôlent pas l'arrêt de leur consommation. On ne parle pas encore de dépendance dans cette catégorie. Les auteurs semblent être d'accord sur ce point. (Pellegrini, 1994). Cependant, il ne semble pas clair si les conséquences de l'alcool apparaissent déjà dans cette catégorie. Certains auteurs tels que Kiritzé-Topor et Bénard sont d'avis que l'apparition de problèmes liés à l'alcool appartiennent à cette catégorie. Batel, quant à lui, pense que les personnes n'ont pas encore de dommages liés à leur consommation. Toutefois, il est d'avis qu'ils peuvent en développer une parce qu'ils consomment davantage que le seuil²⁰ déterminé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). D'où la raison d'une autre catégorie, que d'autres auteurs n'ont pas indiquée : la catégorie de consommateurs ayant un usage nocif. (Batel, 2006).

Les consommateurs dépendants :

D'après Fouquet, ce sont les personnes qui ont perdu la liberté de s'abstenir de boire l'alcool. (Batel, 2006). Il peut y avoir une dépendance psychique, physique ou les deux à la fois. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001).

²⁰ Petit rappel, le seuil établi par l'OMS représente plus de vingt-et-un verres par semaine pour un homme et plus de quatorze verres par semaine pour une femme. Si une personne dépasse cette consommation, de manière chronique et sur de longues années, alors la personne risque de devenir un jour alcoolodépendante. (Batel, 2006).

Après avoir évoqué les différents types de consommateurs, il est possible de s'imaginer que les personnes seront traitées de manière différente par la société, ainsi que par les professionnels, selon la problématique qu'elles rencontrent avec la substance. Certaines personnes feront uniquement l'objet de prévention pendant que d'autres seront suivies à long terme. (Ibid.).

3.4 L'alcool au niveau individuel

J'ai présenté dans un premier temps l'importance de l'alcool dans notre société. Dans ce chapitre, je vais aborder l'alcool sur le plan individuel.

3.4.1 Le passage de l'alcool dans le corps

De manière générale, l'éthanol passe dans tous les tissus de l'organisme, en particulier dans le système nerveux central, grâce au sang. (Pellegrini, 1994). Ce passage, de l'alcool dans les tissus ou cellules, est uniquement possible car le produit est miscible à l'eau (de l'organisme). (Muscat, Van de Mheen & Barendregt, 2010).

Lorsque l'alcool est absorbé oralement, il va passer dans la bouche et dans l'œsophage pour atteindre l'estomac. Ce passage, de courte durée, permet déjà à un petit pourcentage d'alcool d'aller directement dans le sang. Ce sont les muqueuses qui permettent ce passage rapide de l'alcool dans le sang dès les premières minutes d'absorption. (Schmidt, 1997).

Le reste de l'alcool, c'est-à-dire la quasi-totalité, atteint l'estomac pour arriver finalement dans l'intestin grêle. De cet organe, l'éthanol va continuer son chemin en passant dans le sang. Le passage de l'alcool de l'intestin grêle au sang se fait environ trente minutes après la consommation (si l'estomac est vide), jusqu'à une heure après un repas. (Gueibe, 2008). Il est donc vrai que l'alcool consommé sur un estomac vide va plus vite dans le sang que si la personne avait fait un bon repas avant. Ce n'est qu'à partir du moment où l'alcool passe dans le sang que la personne commence à sentir ses effets. (Ibid.).

Dès le passage dans le sang, une partie de l'éthanol va en direction du foie. Le reste va déjà se diriger vers d'autres organes tels que le cerveau. Le foie va faire une dégradation partielle de l'alcool. Ensuite, ce dernier va en direction du cœur pour atteindre les poumons. À ce moment-là, l'individu perd un petit pourcentage d'alcool se trouvant dans l'organisme par élimination pulmonaire : environ jusqu'à 5% de perte d'éthanol. (Schmidt, 1997).

À partir des poumons, l'alcool retourne à nouveau dans le cœur, cette fois-ci dans le côté gauche, puis finalement le sang diffuse l'alcool dans tout l'organisme. Durant ce processus, une petite partie de l'éthanol est éliminée par la sueur.

L'alcool continue son chemin dans le cerveau et les reins. Une fois qu'il est dans le cerveau, il va agir sur les neurones qui vont libérer des neurotransmetteurs qui vont à leur tour inhiber certains récepteurs. Ceci aura pour conséquence d'empêcher certaines aires cérébrales d'être inhibées, ce qui va provoquer chez l'individu certains comportements inhabituels²¹. (Muscat, Van de Mheen & Barendregt, 2010). Après tout ce parcours, l'alcool retourne dans le foie pour être totalement éliminé. Les reins vont également éliminer une quantité minime d'alcool par l'urine.

Après cet aperçu du processus de circulation de l'alcool dans notre corps, il sera plus facile de comprendre les conséquences que peut avoir l'alcool sur l'organisme.

²¹ Voir point 3.4.2.3 *Effets de l'alcool au moment de l'absorption*.

3.4.2 Les effets de l'alcool sur le métabolisme

Après avoir décrit le passage de l'alcool dans le corps, il est important de décrire les conséquences que provoque celui-ci sur l'organisme. Il ne passe pas uniquement à travers différents organes, il peut également causer des maladies importantes lors d'une grande consommation d'alcool.

3.4.2.1 Quantité à risque pour développer une alcoolopathie

D'après Gomez, un risque d'alcoolopathie apparaît avec deux verres d'alcool par jour chez les femmes et quatre verres pour les hommes. (Gomez, 1997). Batel, lui, parle d'une consommation de plus de vingt-et-un verres standards par semaine pour les hommes et quatorze verres standards pour les femmes. Au-delà de cette consommation, il pense que la personne a plus de risques de développer une maladie due à l'alcool. (Batel, 2006). Ces différents chiffres laissent penser qu'il faut boire de manière régulière, et en grande quantité, pour subir des conséquences dues à la consommation d'alcool sur le métabolisme. Cependant, ces indications doivent être prises en tant qu'information et non comme règle générale, car comme il a déjà été mentionné, chacun réagit différemment à l'absorption d'alcool.

3.4.2.2 Exemples d'organes touchés par l'alcool

- **Le foie :** Cet organe possède la fonction de nettoyer et filtrer le sang afin que les autres organes reçoivent un sang propre. (Pellegrini, 1994). Ce processus peut se faire grâce à des enzymes se trouvant dans le foie. Lors d'une consommation d'alcool, ces derniers vont filtrer le sang et donc supprimer les toxines. (Ibid.). Toutefois, cet organe ne possède qu'une quantité limitée de ces enzymes. Lors de grandes consommations d'alcool, le foie ne parvient plus à éliminer toutes les substances toxiques se trouvant dans le sang. Il va donc transformer les toxines qu'il ne parvient pas à « détruire » en graisse, pour la stocker ensuite dans le foie. Lorsque ce dernier est rempli de graisse, le terme de stéatose est utilisé. À cet état, l'organe va devenir plus gros, mais parviendra tout de même à faire son travail de filtrage avec, malgré tout, plus de difficulté lors de nouvelle absorption d'alcool. Dès que la personne stoppe sa consommation d'alcool, le foie pourra se concentrer sur la graisse stockée et va filtrer cette dernière. La stéatose finit donc par disparaître, ce qui démontre qu'elle est réversible. (Ibid.).

Or, si la personne continue la consommation d'alcool, le foie ne parviendra plus à suivre l'élimination des toxines de la nouvelle consommation ainsi que la graisse stockée. Les toxines vont donc s'attaquer à l'organe. Ce dernier, en tentant de réparer les endroits abîmés, perd toute sa souplesse et va durcir. Ce stade de rigidité est nommé la cirrhose. Dès que le foie atteint ce stade, il n'y a plus de retour en arrière. Il est uniquement possible de minimiser les dégâts et stabiliser l'état actuel en stoppant toute consommation d'alcool. Si la personne ne cesse pas sa consommation ou la reprend, la maladie continue de s'aggraver. À un certain stade de la cirrhose, même l'arrêt de la consommation n'est plus suffisant pour cesser l'évolution de la dégradation de l'organe. La maladie avance dans ces cas d'elle-même. (Ibid.).

La cirrhose va avoir des impacts importants sur d'autres parties du corps. En effet cette rigidité du foie ne permettra plus un passage normal du sang dans cet organe ce qui pourrait causer d'autres conséquences graves telles que l'apparition de varices. Dans les cas les plus graves, ces varices peuvent mener à la mort. (Ibid.).

- Le cerveau : La toxicité de l'éthanol peut mener à des trous de mémoire : une grande quantité d'alcool ne permettra plus aux souvenirs de se fixer. On peut observer ce phénomène, lors de forte consommation d'alcool, lors d'une fête. Au réveil, la personne ne parviendra pas à décrire l'entier de la soirée, car certains éléments ne n'auront pas été enregistrés dans la mémoire.

En cas de forte absorption d'alcool pendant de longues années, les trous de mémoire seront encore plus importants. Les absences de souvenirs ne seront plus uniquement présentes lors de consommation excessive, mais seront également présentes au quotidien. Ces trous de mémoire importants sont considérés comme une maladie nommée la démence de Korsakoff. Au fil du temps, on remarque aussi une destruction des fonctions cognitives et intellectuelles. Il est possible d'y remédier en partie chez certaines personnes en leur donnant une grande quantité de vitamines B. (Gueibe, 2008).

- Le cervelet : Une partie du cerveau qui gère, entre autres, notre équilibre. Avec des consommations d'alcool répétées, il se peut qu'il y ait une détérioration de cet organe qui va causer des pertes d'équilibre chez certaines personnes dépendantes. (Ibid.).
- D'autres organes : L'alcool peut causer certains cancers dans différents organes tels que le foie, l'œsophage et le pancréas. Il est également possible qu'il aggrave une maladie dont souffre déjà la personne dépendante. (Ibid.).

3.4.2.3 Effet de l'alcool au moment de l'absorption.

Après avoir vu les conséquences de l'alcool sur le métabolisme après des années de consommation, il me semble important d'expliquer les sensations que procure l'alcool au moment de sa consommation.

Lorsqu'une personne consomme plusieurs verres, elle atteint un certain taux d'alcoolémie²². Ce taux varie d'un individu à l'autre selon le sexe, le poids et l'âge. (Pellegrini, 1994). Les comportements seront toutefois plus ou moins identiques avec un même taux d'alcoolémie (voir tableau ci-dessous).

Le tableau ci-dessous indique de manière générale, à titre informatif, quel taux d'alcool dans le sang procure quel effet sur une personne. Il faut bien être conscient que les personnes habituées à boire peuvent être plus tolérantes à l'alcool. Il leur faudra donc consommer plus pour atteindre les mêmes effets.

0 à 0.15g/l	pas d'effet
0.15 à 0.30g/l	débuts des troubles de la vision
0.30 à 0.50g/l	troubles visuels avec réduction de la vision des distances et du champ latéral
0.50 à 0.80g/l	diminution de l'attention et de la vigilance, perte du sens critique, surestimation de soi, agressivité
0.8 à 1.5g/l	début d'ivresse, chute de vigilance
1.5 à 3.00g/l	ivresse manifeste, forte altération de la vigilance et de l'éveil
3.00 à 5.00g/l	incoordination psychomotrice, somnolence progressive
Au-delà de 5.00	passage progressif au coma voire à la mort

Tableau 1 : « Les effets de l'alcool sur la vigilance sur un sujet non intoxiqué chronique. » (Kirtzé-Topor & Bénard, 2001 : 9).

²² « L'alcoolémie est la teneur en alcool pur du sang, exprimée en gramme par litre. ». (Pellegrini, 1994, p. 9).

3.4.2.4 Les autres effets

L'alcool joue également un rôle important au niveau psychiatrique. Consommé de manière modérée, l'alcool peut être un déprimeur. La personne se sentira moins bien dans sa peau, elle aura une humeur sombre, etc. (Gueibe, 2008).

Il faut préciser que l'alcool n'a pas que des aspects négatifs. Cette substance, et tout particulièrement le vin rouge, réduirait par exemple les risques de maladies coronariennes. Il est démontré qu'un verre d'alcool par jour pour la femme et deux verres par jour pour les hommes auraient des effets positifs. Cependant, les recherches ne sont pas parvenues à affirmer quelle était réellement la substance se trouvant dans les boissons alcooliques ou alcoolisées provoquant ces effets positifs. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001). En plus de cet effet positif sur la santé, il faut également évoquer l'effet bénéfique sur le plan social. L'alcool peut être un liant social important, tant que la consommation est contrôlée, puisqu'il a la capacité de désinhiber les personnes. (Ibid.).

3.5 Le pas vers la dépendance

3.5.1 *Évolution de la dépendance*²³

L'être humain ne devient pas dépendant du jour au lendemain. (Gomez, 1997). Toute personne goûtant à l'alcool ne devient pas dépendante. (Gueibe, 2008) : chacun à sa propre protection face à la dépendance. En plus de cette inégalité, le passage dans les différentes étapes du développement d'une dépendance varie fortement entre les individus. (Salomon, 2010).

3.5.1.1 La phase expérimentale

Cette phase est tout à fait « normale » pour l'être humain. D'après mes expériences et mes observations, il est dans la nature de l'individu de tester ce qui l'entoure.

À un moment précis de sa vie, une personne va faire ses propres expériences avec diverses substances. Elle va donc goûter les produits qu'elle connaît ou qu'elle va apprendre à connaître au cours de sa vie. D'après Salomon, la curiosité de l'individu, la pression du groupe, l'envie de connaître le goût du produit peuvent être des raisons pour passer à une phase expérimentale qui peut laisser un bon comme un mauvais souvenir. Si le souvenir est négatif, une reconsommation est rare pour la majorité des personnes. Pour certaines substances, comme le tabac ou l'alcool, les personnes décident pourtant souvent de les essayer une seconde fois. (Ibid.). Au contraire, si le produit a laissé un bon souvenir, il est fort probable que la personne continue sa consommation. (Ibid.).

3.5.1.2 Phase occasionnelle

D'après Salomon, une partie de la population va atteindre une nouvelle phase, celle de la consommation occasionnelle. Cette consommation consiste à consommer le produit de temps en temps, par exemple lors de fêtes. Cette consommation occasionnelle se déroule rarement en solitaire, plus souvent en groupe. (Ibid.).

3.5.1.3 Consommation abusive

Dès que la personne commence à consommer de manière individuelle, hors du contexte social et en augmentant la prise du produit, la personne se trouvera dans la consommation abusive.

²³ Le développement que je vais présenter ci-dessous me semble très linéaire, je ne pense pas que ce soit systématiquement ce cheminement qui mène à la dépendance. Selon moi, d'autres facteurs poussent la personne dans ce processus.

Elle va, non seulement consommer avec ses amis, mais également de manière individuelle, et ceci de plus en plus souvent. Il est alors possible que la personne glisse doucement vers la dépendance. (Salomon, 2010).

3.5.1.4 La dépendance

D'après Salomon, la dépendance se manifeste lorsque la personne n'est plus apte à contrôler sa consommation. Le produit commence progressivement à prendre davantage de place dans la vie de l'individu. Ce qui implique que lorsque la personne n'est plus en possession de son produit, quelle que soit la substance, elle va la chercher jusqu'à ce qu'elle en trouve. Trouver de l'alcool n'est pas difficile dans notre société. Cette substance est en vente libre et acceptée socialement, ce qui facilite son accessibilité. Pour l'héroïne par exemple, l'accessibilité est beaucoup plus restreinte. La personne va devoir prendre du temps pour s'en trouver, ce qui peut impliquer une diminution de la vie sociale de la personne. Pour toute substance psychoactive, il est possible de faire un sevrage, tout en ayant, le risque de tomber à nouveau dans la dépendance un jour. (Ibid.).

3.6 La dépendance

Pour rappel, la dépendance est, d'après le CIM 10, un désir puissant de consommer une substance et une difficulté à contrôler sa consommation malgré les conséquences nocives²⁴.

3.6.1 Théories de la dépendance

Dans ce chapitre, je me base sur deux théories qui sont présentées par Salomon dans son ouvrage *Cerveau, drogues et dépendance*. La première théorie que l'on appelle la théorie du renforcement négatif a été élaborée dans les années 1980 par des neurobiologues, Koob et Bloom. (Salomon, 2010). Ces derniers ont émis l'hypothèse que les personnes consommant un produit psychotrope continuaient d'en prendre malgré les conséquences négatives. Ceci dans le but d'éviter les effets douloureux du sevrage puisque les conséquences du sevrage pour certaines substances, telles que la morphine ou l'héroïne, sont très pénibles et désagréables. Ces souffrances poussent donc les personnes à continuer de prendre leur dose. Cependant, cette théorie ne tient pas la route pour tous les produits. D'autres produits psychotropes, tels que la cocaïne et les amphétamines, ne causent pas un sevrage aussi difficile. Ces différences de sevrage remettent en partie en cause la théorie élaborée par ces deux neurobiologistes. (Ibid.). L'alcool n'entre qu'en partie dans la théorie du renforcement négatif, car que le sevrage peut également être très douloureux et pénible.

La deuxième théorie découle d'une hypothèse élaborée par les biologistes Stewart et Wise dans les années 1950. (Ibid.). Cette hypothèse a ensuite été revue par deux scientifiques, Olds et Millner, qui ont révolutionné le monde de la toxicomanie en mettant en avant le bien-être de la consommation, et non pas uniquement les méfaits du sevrage. (Ibid.). Cette approche est basée sur le renforcement positif, la quête du plaisir, d'un « rush », d'un bien-être. Ceci implique que la consommation se fait par plaisir et non par peur des effets négatifs lors du sevrage. Les personnes buvant de l'alcool vont par exemple chercher une sensation de détente et de désinhibition. (Ibid.).

²⁴ Addiction Suisse, *La dépendance* : <http://www.suchtschweiz.ch/fr/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/dependance/> (Consulté novembre 2012).

Toutefois, après des observations cliniques, aucune de ces deux théories prises séparément ne pouvait expliquer le phénomène de la dépendance. Il a été constaté qu'il fallait la théorie du renforcement négatif ainsi que celle du renforcement positif afin de comprendre une partie de la complexité de la dépendance. (Salomon, 2010).

3.6.1.1 Deux sortes de dépendances

Il existe deux sortes de dépendance à l'alcool : une dépendance physique et une dépendance psychologique. Les deux peuvent soit coexister, soit être indépendantes l'une de l'autre. Une personne peut être soit uniquement dépendante psychiquement, ce qui implique qu'elle n'est pas dépendante du point de vue physique, soit dépendante psychiquement et physiquement. La dépendance uniquement physique est très rare, mais existe néanmoins. (Pellegrini, 1994).

3.6.1.1.1 La dépendance physique

La dépendance physique survient après de longues années et une forte consommation d'alcool. Le corps s'adapte avec le temps à la substance : c'est ce qu'on appelle l'effet de tolérance. Le corps aura donc besoin de plus d'éthanol pour atteindre les mêmes effets lors des consommations antérieures (Feuerlein & Dittmar, 1989). Les effets sont atténués et pourtant la quantité n'a pas changé. Un autre critère pour décrire la dépendance physique est l'état de manque. Lorsque la personne cesse de consommer le produit, le corps ressent un manque considérable. (Gomez, 1997).

Cette évolution de la consommation rejoint la théorie du renforcement positif et négatif. (Salomon, 2010). C'est un cercle vicieux. Cet état apparaît souvent le matin, après une nuit sans consommation. L'état de manque va causer des troubles qui sont les symptômes de sevrage. Il existe plusieurs degrés d'intensité de ces troubles. Le premier niveau sera vécu avec des tremblements, des sueurs, des nausées, des vomissements, des malaises généraux. Lors de reprise d'alcool, ces derniers disparaissent. Le deuxième degré implique l'apparition des mêmes symptômes, hormis le fait qu'ils sont vécus de manière plus intense. Il y a également l'apparition de délires, ce qui implique cauchemars et agitations. Ces mal-être du deuxième degré peuvent durer quelques jours à quelques semaines. La troisième intensité, qui est considérée comme la plus violente, reprend tous les points des deux autres et y ajoute le *Delirium tremens*²⁵. Ce dernier apparaît uniquement lorsque la personne se sevré sans suivi médical. Lorsqu'une personne souffre du *Delirium tremens*, il est important qu'elle reçoive des soins adéquats. Sans soins, le risque que la personne décède est augmenté. (Hillemand, 2000).

3.6.1.1.2 La dépendance psychique / psychologique

La dépendance psychique survient lorsque la personne n'est plus en mesure de contrôler sa consommation. Malgré les connaissances qu'elle possède sur les effets négatifs de l'éthanol sur son métabolisme, la personne n'est pas en mesure de réduire sa consommation ni de la contrôler. Cette dépendance laisse croire qu'il y a une absence de réponse logique à un schéma simple. N'importe quelle personne aura une consommation appropriée lorsqu'elle connaît les dangers de l'alcool, mais une personne dépendante ne réagit plus à ces informations. Elle n'est plus apte à réagir de manière réfléchie et rationnelle. (Batel, 2006). Boire d'une manière contrôlée est possible pour ces personnes durant un certain temps, mais par la suite, elles retombent dans une consommation qu'elles ne parviennent pas à maîtriser. (Feuerlein & Dittmar, 1989).

²⁵ « Trouble nerveux dû à l'alcoolisme, accompagné de tremblements et de sueurs, ainsi que d'hallucinations visuelles [...]. » (Schadé, 2001 : 940).

Cette dépendance physique est inscrite à jamais dans le corps et de ce fait, la volonté de sortir de la dépendance n'est pas suffisante pour stabiliser une réelle dépendance. À chaque goutte d'alcool, les neurotransmetteurs s'agitent à nouveau et les anciens comportements sont rapidement de retour.

3.6.2 L'alcoolisme

3.6.2.1 Au niveau de la société

3.6.2.1.1 Un peu d'histoire

Avant la fin du XVIII^e siècle, on ne parlait pas encore d'alcoolisme à proprement parler. On trouvait déjà des boissons contenant de l'éthanol, mais toute la population n'y avait pas droit. Il existait bien des intoxications dues à l'éthanol, mais jamais dans les proportions des siècles qui suivirent. La première raison de cette inégalité était due à la culture : les femmes et les esclaves n'y avaient jamais droit. Les moyens de conservation étaient également en cause car ils n'étaient pas encore bien développés. Dès l'évolution de ces derniers, la commercialisation des produits à base d'éthanol a pu s'étendre à d'autres parties de la population et l'accès aux boissons fut considérablement facilité. À partir de la révolution industrielle, les gens commencèrent à boire de l'alcool pour trouver du courage, pour oublier ou comme moyen d'évasion. (Pellegri, 1994).

C'est en 1848 que le Docteur Magnus Huss, professeur à Stockholm, créa le terme d'alcoolisme. « [...], Magnus Huss, [...] « inventa » le mot « alcoolisme », pour regrouper sous un seul terme des pathologies variées (neurologique, hépatique, cardiaques), mais ayant toutes la même cause : l'abus de l'alcool. » (Pellegri, 1994 : 13). Le mot « alcoolisme » remplaça dès cette époque le terme « d'ivrognerie ». (Ibid.).

3.6.2.1.2 L'alcoolisme et la société

L'alcoolisme était à cette époque considéré comme une fatalité, une déchéance, un état psychique proche de la folie. Les personnes alcooliques étaient sanctionnées. Il y avait alors peu de soutiens non punitifs pour les personnes alcooliques et leurs proches. Seules quelques associations soutenaient les personnes concernées par la problématique autrement que par des sanctions. Il a fallu bien longtemps avant que l'alcoolisme soit considéré comme une maladie et non comme une forme de faiblesse. Toutefois, la notion de maladie n'est pas encore totalement ancrée dans les esprits, et l'idée peine à prendre réellement place dans notre société actuelle. (Chapuis, 1989).

3.6.2.2 Au niveau individuel

3.6.2.2.1 La définition de l'alcoolisme

Un médecin français, célèbre en alcoologie, Pierre Fouquet décrit l'alcoolisme comme une perte de liberté de s'abstenir de l'alcool. (Hillemand, 2000).

Gomez définit une personne alcoolodépendante comme n'étant plus apte à contrôler de manière durable les quantités d'alcool consommées et qui, de plus, ne va plus boire pour la qualité, mais pour les effets psychiques procurés tels que l'euphorie ou l'oubli. La quantité primera donc sur la qualité. Il est primordial de savoir qu'une personne alcoolodépendante n'est pas forcément une personne qui consomme quotidiennement de l'alcool. (Gomez, 1999).

Une psychologue québécoise, Louise Nadeau, définit la personne alcoolique comme quelqu'un qui a perdu son savoir-boire. Dans cette définition, un aspect social entre en jeu.

Elle montre qu'il est tout à fait normal de consommer de l'alcool dans notre société, mais qu'il y a une manière de boire dans notre culture et qu'il n'est pas bon de ne pas vouloir entrer dans le moule. S'il n'existait une norme du bien boire dans notre société, il n'y aurait pas de savoir boire et il n'y aurait, de ce fait, pas un boire trop ou un boire trop peu. Sans cette valeur sociale à propos de l'alcool, il n'y aurait donc pas d'alcooliques. (Coulombier, 2007).

Il y a donc différentes manières de définir l'alcoolisme. Toutefois, un point reste au centre de toutes les définitions : la perte de contrôle. Que ce soit au niveau de sa propre consommation ou de la manière de boire (celle qui est attendue dans la société).

3.6.2.2 Les différentes formes d'alcoolisme²⁶

L'alcoolisme est un terme très complexe, qui est défini de différentes manières. Après cette constatation, des personnes travaillant dans le domaine de l'alcoolologie, telles que Fouquet ou Jellinek, se sont rendu compte que l'alcoolisme était bien plus complexe que ce que l'on pouvait penser. Ils ont souligné la complexité des conduites d'alcoolisation et ne parlent plus de l'alcoolisme, mais des alcoolismes au pluriel. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001). Certaines personnes passionnées par cette problématique ont par la suite tenté de classer ces comportements d'alcoolisation. (Pellegrini, 1994). Avant d'en exposer quelques-unes, je souhaite rappeler à nouveau que les classifications ont souvent tendance à généraliser et à réduire les personnes concernées.

Ainsi, il ne faut pas percevoir ces classifications comme rigides. Une personne peut se trouver dans plusieurs catégories à la fois, en fonction des critères qu'elle remplira. (Gueibe, 2008).

Quant à Fouquet, déjà évoqué dans mon travail, il définit dans les années cinquante l'alcoolisme comme une perte de liberté de s'abstenir de l'alcool. (Pellegrini, 1994) D'après cette définition, il a décidé de séparer l'alcoolisme en trois classes. (Hillemand, 2000).

1. Les Alcoolites ou alcoolisme d'habitude

Ce groupe concerne dans la majorité des cas de sexe masculin qui consomment principalement du vin et de la bière et ingèrent une grande quantité d'alcool et ceci quotidiennement. (Pellegrini, 1994). Le goût et le plaisir lors de ces moments sont très importants. Aucune culpabilité n'est présente chez ces personnes et elles n'atteignent que rarement un état d'ivresse. L'évolution de ce type d'alcoolisme commence à un jeune âge (adolescence) et continue jusqu'à la quarantaine sans que les individus ne s'en aperçoivent. Jusqu'au jour où les problèmes dus à la consommation d'alcool apparaissent. (Ibid.).

2. Les Alcooloses ou « névroses arrosées »

Cette catégorie concerne davantage le genre féminin ayant une caractéristique névrosée. (Ibid.) Elle apparaît de manière tardive et les complications sont rapidement présentes. Ces personnes consomment seules, de manière à ce que personne ne les voie. Les boissons consommées sont des alcools forts, qu'elles vont boire en grande quantité. Du fait qu'elles sont conscientes de leurs actes et de leurs conséquences, elles souffrent de grande culpabilité. C'est pourquoi elles essayent de cesser leur consommation, la plupart du temps sans aucun succès. (Ibid.).

²⁶ Dans le paragraphe 3.3.3 *Les différentes catégories de consommateurs*, j'ai décrit les différentes manières de consommation et dans ce paragraphe-ci, je présente les différentes sortes d'alcoolisme qu'il peut exister.

3. Les Somalcoooloses

C'est une forme plus rare d'alcoolisme. Les individus boivent de manière discontinue. Lors de crises, la personne va absorber une grande quantité d'éthanol, quel que soit le produit. Ceci implique qu'elle pourra, durant un moment de crise, avaler de l'eau de Cologne ou encore de l'alcool à brûler. La culpabilité chez ses personnes est également très fortement ressentie. (Pellegrini, 1994).

Elvin Morton Jellinek a également élaboré une typologie des alcoolismes. (Ibid.). Cette catégorisation est considérée comme étant très intéressante. Il intègre d'une part, l'attirance physique et psychologique pour l'alcool et, d'autre part, s'intéresse également à la manière dont la personne s'alcoolise, ainsi qu'aux répercussions sur le métabolisme. Il a distingué cinq²⁷ formes d'alcoolisme possibles. (Gueibe, 2008)

1. Le groupe Alpha

Pour les personnes se trouvant dans cette catégorie d'alcoolisme, l'alcool est utilisé pour soulager un mal-être physique ou psychologique. (Pellegrini, 1994) Cette substance n'est plus utilisée par plaisir, mais bel et bien en tant que médicament. (Gueibe, 2008) La personne se trouve dépendante de ce produit tout en gardant le contrôle de sa consommation ainsi que la capacité de l'arrêter. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001).

2. Le groupe Béta

Les personnes sont des consommateurs d'habitude qui boivent de l'alcool régulièrement et depuis déjà un certain temps. (Gueibe, 2008). Les boissons ingérées contiennent une faible quantité d'éthanol. (Pellegrini, 1994).

Leur consommation devient excessive et des complications somatiques peuvent en découler. Les sujets ne sont pas encore dépendants. Cependant, le risque de développer une dépendance est présent. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001).

3. Le groupe Gamma

Les personnes ont une consommation discontinue, elles connaissent donc des moments d'abstinence. Lorsqu'elles sont dans une phase de consommation, il arrive qu'elles dépassent une certaine quantité d'alcool, perdant ainsi le contrôle de leur consommation. (Pellegrini, 1994). Ceci peut les mener régulièrement dans un état d'ivresse, mais elles atteignent rarement le coma. (Gueibe, 2008). Elles souffrent d'une dépendance psychique et elles risquent, sur la durée, de développer une dépendance physique. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001).

4. Le groupe Delta

Les personnes se trouvant dans cette catégorie ne peuvent plus ni contrôler leur consommation d'alcool ni s'empêcher de boire. L'abstinence n'est plus faisable, elle n'est plus réaliste. (Gueibe, 2008). Lorsque la personne ne consomme pas, des signes de manque apparaissent. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001). Le sujet est donc dépendant physiquement à cette substance. (Pellegrini, 1994). L'unique issue pour ces personnes est d'avoir un soutien et un suivi adéquats qui leur permettra de devenir abstinentes. Mais les risques de rechute existent toujours et il est donc possible qu'un jour la personne consomme à nouveau de l'éthanol. (Gueibe, 2008).

5. Le groupe Epsilon

Ces personnes ont des consommations cycliques : elles peuvent être durant un certain temps abstinentes, puis avoir des phases de consommation. (Ibid.).

²⁷ La classification de Jellinek est le seul qui introduit dans sa classification des personnes non dépendante. (Pellegrini, 1994).

Lorsqu'elles sont dans une phase de consommation, elles cherchent à atteindre l'ivresse. (Pellegrini, 1994). Pour cela, elles vont consommer une grande quantité d'alcool avec un fort degré d'éthanol. Ces phases de consommation peuvent durer quelques jours. Ensuite, la personne va entrer dans une phase d'abstinence. Elle n'est de ce fait pas dépendante. Ce qui la différencie du groupe Gamma, est que les personnes du groupe Epsilon sont en mesure de cesser leur consommation pour avoir à nouveau une phase de non-consommation. (Gueibe, 2008).

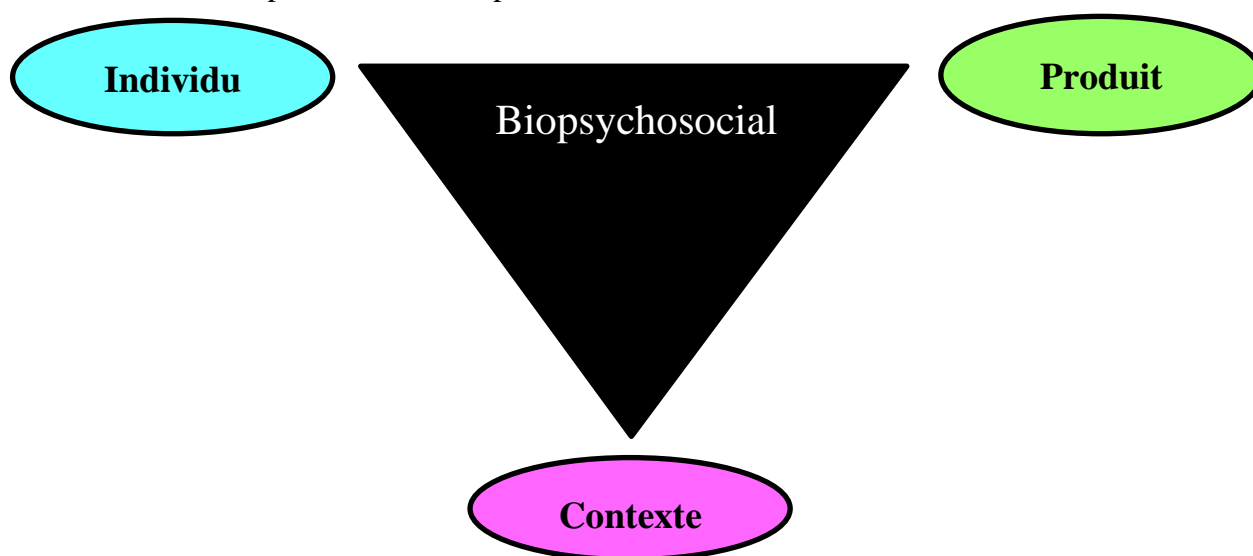
D'autres classifications existent, mais elles me paraissent moins pertinentes pour mon travail et c'est pour cette raison que je ne les présente pas.

3.6.3 L'aspect biopsychosocial de la dépendance

Je viens de présenter plusieurs points au sujet de la dépendance. Cependant, le chemin qui mène à cette dernière n'est pas aussi linéaire que ce qui est présenté ci-dessus. En effet, d'autres facteurs (biologiques, psychologiques et sociaux) entre en jeu afin de devenir réellement dépendants d'un produit. Il ne suffit pas de boire beaucoup et régulièrement de l'alcool pour devenir dépendant à l'alcool. Addiction Suisse explique que « [...] *chacun réagit de façon différente quant aux substances. Certaines personnes deviennent plus rapidement dépendantes que d'autres.* »²⁸.

L'aspect biopsychosocial permet de comprendre pourquoi certaines personnes peuvent boire autant que leurs voisins, et ceci sur la même durée, sans pour autant devenir dépendantes à la substance.

Voici comment se présente ce concept :



3.6.3.1 L'individu

Chaque individu possède en lui-même des facteurs protecteurs et/ou des facteurs de risque. En effet, au niveau individuel les personnes ne sont pas égales face à l'alcool et à la dépendance. Ci-dessous, je présente quelques facteurs qui peuvent influencer la situation de la personne.

²⁸ Addiction Suisse : <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/facteurs-de-risque/> (Consulté mars 2013).

- *Au niveau physique*

- Taille et poids : Une personne ayant une corpulence plus faible aura avec une même quantité d'alcool, une alcoolémie plus élevée. Elle risquera de ce fait d'avoir plus rapidement des effets et des dommages corporels. (Addiction Suisse).
- Sexe : Les femmes ont davantage de matière grasse et moins de liquide corporel que les hommes. Lorsqu'une femme consomme de l'alcool, cette substance parviendra moins facilement à se diluer. Le taux d'alcoolémie sera donc plus rapidement supérieur à celui d'un homme ayant bu la même quantité d'alcool. (Addiction Suisse).
- Âge : L'âge de la personne concernée a également une influence en lien avec la dépendance. L'alcool n'a pas le même impact sur le corps selon l'âge de l'individu. L'enfant, ainsi que l'adolescent, élimine moins bien l'alcool que l'adulte. Il existe donc davantage de risque pour les jeunes. De plus, « *plus un adolescent commence tôt à consommer de l'alcool, plus le risque est grand qu'il développe plus tard une dépendance.* »²⁹. (Addiction Suisse).

- *Au niveau génétique*

Certaines recherches dans le domaine de la génétique ont montré que les gènes peuvent avoir une influence sur la vulnérabilité à la dépendance. (Muscat, Van de Mheen & Barendregt, 2010).

- *Au niveau psychologique*

- La personnalité : Une personne ayant peu confiance en soi, une tendance à fuir les problèmes, une faible tolérance à la frustration peut être plus facilement confrontée à la problématique de la dépendance. (Addiction Suisse).
- Problématique psychique : Les dépressions, ainsi que les troubles mentaux, peuvent également pousser la personne à consommer davantage. Ceci augmenterait le risque de devenir dépendant à un moment donné. (Muscat, Van de Mheen & Barendregt, 2010).

Il faut être conscient qu'une personne possédant un des facteurs nommés ci-dessus ne sera pas forcément dépendante à un produit. Mais ces caractéristiques favoriseraient l'apparition d'une dépendance. D'autres aspects doivent également être pris en compte tels que le contexte et le produit. (Addiction Suisse).

3.6.3.2 Le contexte

Le contexte joue également un rôle important dans l'augmentation du risque de dépendance. Suivant la situation professionnelle, familiale et amicale dans laquelle le sujet se trouve, il peut y avoir une influence sur la consommation. Selon la tolérance envers le produit dans telle ou telle société, la consommation ne sera peut-être pas la même. Cet élément, mis en lien avec nos prédispositions individuelles, augmente le risque de devenir dépendant à un produit. (Vouillamoz & Carron, 2012).

²⁹ Addiction Suisse : <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/facteurs-de-risque/> (Consulté avril 2013).

3.6.3.3 Le produit

La substance consommée va également avoir une influence importante. Suivant sa toxicité, sa fonction ainsi que son pouvoir addictif, le produit pourra rendre la personne plus rapidement dépendante. (Vouillamioz & Carron, 2012).

3.6.3.4 Conclusion

Plus il existe de facteurs biopsychosociaux favorisant une dépendance, plus le risque de devenir dépendant est présent. Si seuls quelques éléments sont présents, mais que la personne possède suffisamment de facteurs protecteurs, tels qu'un bon réseau social, une aptitude à résoudre les problèmes, etc., le sujet ne deviendra pas forcément dépendant. Or, la situation de l'individu peut changer du jour au lendemain : il peut y avoir des modifications de contexte, de produit, ou tout simplement l'individu peut changer. Un jour sa situation peut se dégrader : la personne peut subir un licenciement, une augmentation de la consommation, un éloignement des amis, et ainsi de suite. Ces changements modifieront tout le système et, à ce moment, la personne pourra devenir plus vulnérable à la substance. Le risque de devenir dépendant au produit sera donc plus élevé qu'auparavant. Finalement, chaque être humain peut être, un moment donné, plus propice à devenir dépendant, selon les changements qui se font durant sa vie.

3.6.4 La courbe en « U » selon Jellinek

La courbe en « U » de Jellinek³⁰ permet de reprendre toute la problématique de la dépendance. (Gueibe, 2008). Elle montre les passages par lesquels un individu chemine durant une dépendance, jusqu'à atteindre son fond. Puis, le parcours par lequel il doit passer pour s'en sortir. Cette courbe peut être un moyen utile pour les professionnels travaillant avec des personnes dépendantes afin de savoir où ces dernières se situent. (Ibid.).

Voici le parcours d'une personne alcoolique décrit par Jellinek :

- La phase pré-alcoolique

La personne boit d'abord de l'alcool de manière occasionnelle. Petit à petit, sa consommation change de rythme. Elle ne va plus boire pour les effets euphoriques de l'éthanol, mais pour les effets de soulagement que ce dernier lui procure. Cette consommation pourra tout d'abord être interrompue grâce à des journées sans alcool. Mais, progressivement, la personne ne pourra plus faire de pauses. En conséquence, sa tolérance à l'alcool va augmenter et elle devra consommer encore davantage pour ressentir les effets du produit. Ce processus va amener la personne à une consommation si forte qu'elle ne pourra plus consommer sans être ivre. Les amnésies alcooliques seront également de plus en plus fréquentes. (Ibid.).

- La phase pro-chronique

À cette étape, la personne atteint la deuxième phase. La dépendance s'est installée et la personne ressent de plus en plus le besoin de boire même si un sentiment de culpabilité surgit en elle. Malgré ce mal-être, elle est tout de même physiquement forcée à absorber ces verres. Durant cette phase, la personne n'est pas encore prête à reconnaître qu'elle a un problème avec l'alcool. Les amnésies sont également de plus en plus fréquentes. (Ibid.).

³⁰ Cf. Annexe II

- Phase critique

Si elle continue sur ce chemin, la personne atteindra la phase critique. Sa consommation sera de plus en plus importante et durant ces phases la personne changera de comportement. L'individu va chercher des prétextes pour expliquer à sa famille, ainsi qu'à lui-même, son attitude face à l'alcool tout en s'efforçant sans succès de contrôler sa consommation. Elle promet des choses concernant l'alcool à sa famille qu'elle ne sera plus en mesure d'atteindre. Le sentiment de culpabilité et les remords font alors davantage surface. À force de boire, elle aura des difficultés au niveau professionnel qui pourront de plus avoir des conséquences financières. Tous ces bouleversements font que la vie sociale de la personne changera et elle ne sera plus en mesure de fournir un travail, de manger correctement. Sa consommation augmentera de telle manière qu'elle boira de l'alcool dès le réveil. (Gueibe, 2008).

- Phase chronique

A ce stade, la personne a atteint la phase chronique de l'alcoolisme. Elle ressent physiquement les effets négatifs de l'alcool et les périodes d'ivresse deviennent de plus en plus longues. L'individu ne parvient plus à garder son statut social et il commence à se rendre compte des conséquences de sa consommation, que ce soit au niveau social ou physique. (Ibid.).

- Le fond

Désormais, la personne a touché le fond. Ceci correspond au bas de la courbe en « U » de Jellinek. Certains malades restent très longtemps à ce stade : il est même possible qu'ils ne parviennent jamais à s'en sortir. (Ibid.).

- La réhabilitation

D'autres vont considérer qu'ils ont déjà assez détruit de choses dans leur vie et se rendent compte qu'ils ont touché le fond. Ils réalisent qu'il est temps de remonter la pente, en sauvant ce qui peut être encore l'être ou en reconstruisant leur vie. Cette nouvelle étape peut uniquement se faire si la personne concernée est vraiment motivée. Le désir de s'en sortir doit uniquement venir de la personne elle-même. Son entourage ne peut être qu'un soutien. La première étape vers l'abstinence est que le sujet reconnaisse qu'il est alcoolique et que la maladie peut être stabilisée. Le malade doit alors cesser toute consommation d'alcool à vie.

D'après Jellinek, la rencontre d'un groupe d'anciens alcooliques serait primordiale afin que la personne se sente comprise et soutenue, dans le but de pouvoir tenir le coup. (Ibid.). Jellinek pense également qu'il est important que la personne reconnaisse les dégâts qu'elle a causés aux autres, mais aussi à elle-même. Pour changer, la personne doit se reprendre en mains. (Ibid.). Toutes ces démarches doivent lui redonner le goût à la vie, et elle n'a donc plus le besoin ni l'envie de s'évader. La disparition de l'envie de fuir permet à la personne de retrouver une place sociale et des centres intérêts. Par-dessus tout, la personne doit être en mesure de trouver un sens à son abstinence. Lorsqu'elle le trouve, elle se rend compte que l'abstinence lui procure du bien-être. Finalement, la personne est heureuse de pouvoir vivre sans devoir consommer de l'alcool et sans être dépendante. (Gueibe, 2008).

Ce chapitre amène un nouvel élément intéressant à ma recherche. Il décrit qu'il y a tout un processus dans le système de la dépendance, et que les personnes qui suivent un traitement passent par différentes phases. Toutes ces différences influencent le travail des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des personnes dépendantes à l'alcool. Il pourrait donc y avoir, d'après moi, une influence sur les rechutes des personnes se trouvant dans les services ambulatoires, après avoir été dans un établissement résidentiel.

3.7 Outils thérapeutiques

Dans ce point, je vais aborder les différents outils de travail existant pour accompagner une personne dépendante voulant sortir de cette problématique. Il existe naturellement davantage de théories, cependant j'ai choisi de prendre celles qui me semblaient être les plus pertinentes et qui ont été abordées durant les entretiens.

3.7.1 La thérapie cognitive et comportementale

La Thérapie cognitive et comportementale, également appelée TCC, est basée sur le principe de la psychologie de l'apprentissage cognitivo-social ainsi que sur la théorie comportementale. (Rahoui & Reynaud, 2006).

Cette thérapie consiste à faire reconnaître aux clients les situations qui les pousseraient à consommer à nouveau de l'alcool. Ces situations peuvent être dues à des facteurs internes à la personne (dépression, envie de tester, etc....) ou à des facteurs externes (encouragements par l'entourage, pression du groupe, etc....)³¹ (Deappen, 2003). Ensuite, le professionnel tente de trouver des moyens avec le client pour éviter ces situations à risque. Il tente également de découvrir des techniques qui permettraient de soutenir la personne, lorsqu'elle se trouvera, malgré tout, face à une situation difficile. (Rahoui & Reynaud, 2006).

Dans la prévention de la rechute, la TCC consiste au final à :

- Repérer les situations à risque
- Apprendre à faire face à ces situations
- Identifier les pensées qui pourraient favoriser une situation à risque
- Développer des outils et des moyens afin de pouvoir faire face à ces situations. (Deappen, 2003)

3.7.2 L'approche motivationnelle

Cette manière de travailler avec les clients consiste à augmenter la motivation de la personne dans un processus de changement. Il faut rappeler qu'un grand nombre de personnes est en mesure d'initier un processus de changement sans aide professionnelle.

Mais il est évident que d'autres ont besoin d'un soutien pour parvenir à ce changement. (Rahoui & Reynaud, 2006).

Regardons ces six stades de changement découvert par DiClemente et Prochaska. (Prochaska & DiClemente, 1984).

- La précontemplation : Dans cette phase, la personne est heureuse, elle ne voit pas de raison qui la pousserait à changer dans les prochains mois. Elle est souvent dans cette phase car elle n'est pas informée des conséquences nocives de son comportement, ou tout simplement par déni des conséquences causées par son attitude. (Rahoui & Reynaud, 2006).
- La préparation : La personne se trouvant dans ce stade est indécise. Elle est consciente des conséquences négatives de son comportement, ainsi que des inconvénients liés à un changement. Les individus peuvent rester longtemps dans cette phase, ne sachant pas quelle décision prendre. (Ibid.).

³¹ Pour plus d'informations concernant les causes d'une rechute, voir paragraphe 3.8.3 *Les raisons possibles d'une rechute*.

- L'action : La personne a finalement décidé de changer et est passée à l'action. À ce stade, le sujet a déjà modifié certains comportements et continue d'en changer. (Rahoui & Reynaud, 2006).
- La maintenance : C'est le stade dans lequel les professionnels interviennent afin de faire de la prévention contre la rechute. Les personnes ont changé certains comportements, mais ces nouvelles attitudes doivent permettre de faire face au quotidien. C'est là que le risque d'une rechute est présent. (Ibid.).
- La termination : La termination implique que la personne parvient à appliquer ce qui a été convenu. Si au contraire elle reconsomme son produit (rechute), elle doit refaire tout le processus.

3.7.3 Théorie de Carl Rogers

Carl Rogers est un psychologue américain qui a révolutionné l'accompagnement thérapeutique. Ce personnage croit en l'être humain : il considère « [...] *que l'individu possède en lui une capacité de s'auto-actualiser qui, une fois libérée, lui permet de résoudre ses propres problèmes.* » (Zimring, 2000). D'après Rogers, il serait important de ne pas agir en tant qu'expert avec le client, ce qui implique de ne pas décider à la place de celui-ci. Il pense que le rôle du professionnel est d'accompagner la personne afin que les potentiels du sujet ressortent et pour qu'il puisse lui-même faire face à ses problèmes. (Ibid.) Rogers est convaincu que si la personne agit d'elle-même, elle agira forcément pour son bien. De plus, il croit que le client sait mieux que le professionnel ce dont il a besoin et ce qui est primordial pour lui. Il est donc d'avis que le spécialiste est le client. Il constate également que les professionnels doivent avoir un certain nombre de comportements afin que le client puisse trouver en lui-même ses capacités à faire face à ses difficultés. Le professionnel devrait tout d'abord être congruent. Ce comportement est également nommé l'authenticité et implique que le professionnel reste lui-même durant l'accompagnement. Le second aspect dont le thérapeute doit être en mesure de tenir compte, est de respecter l'individu qui se trouve en face de lui. Ce respect doit être inconditionnel. Il doit être en mesure de respecter la personne dans son entier. Et pour finir, le professionnel doit être empathique : « *Ressentir l'univers particulier du client comme si c'était le sien propre, mais sans jamais oublier la restriction qu'implique le « comme si », [...]* ». (Ibid.). Finalement, pour Rogers, il est important que le professionnel reste authentique, qu'il accepte le client comme il est, et qu'il l'accompagne avec compréhension et dans le respect.

Malgré le fait que ce concept semble s'appliquer davantage aux thérapeutes, je suis d'avis que c'est un outil de travail très pertinent pour les travailleurs sociaux aussi. En effet, durant les entretiens, il serait bien que le professionnel social soit en mesure d'appréhender la personne à part entière, de la respecter et de la considérer comme experte de sa situation et de son problème. Le professionnel devrait uniquement la guider et l'accompagner dans la démarche qu'elle souhaite.

3.7.4 La systémique

La systémique est une théorie apparue au milieu du XXe siècle et ceci dans diverses disciplines. (Gagliardi, Mercolli & Soguel, 2009). Ce nouveau concept apporte également une nouvelle philosophie dans le travail social. Nombreux sont les travailleurs sociaux qui utilisent la systémique pour soutenir et accompagner leurs clients dans les démarches souhaitées.

Le premier principe de la systémique est de voir l'individu dans un ensemble. Cette théorie part du principe que l'individu se trouve dans un tout et non pas hors contexte. Cette approche, qui consiste à intégrer la personne dans un contexte, permet d'introduire deux notions très importantes : celle de la relation et celle de l'interaction. Les professionnels utilisant la systémique sont d'avis qu'il n'est pas possible que l'individu soit isolé. Ils pensent qu'il est à l'inverse constamment en interaction avec d'autres personnes et avec son environnement. (Gagliardi, Mercolli & Soguel, 2009). Grâce à cette nouvelle perspective, les professionnels travaillant avec cette méthode accordent davantage de valeur à la personne qu'ils accompagnent. (Ibid.).

Le rôle d'un travailleur social est de prendre en compte dans l'accompagnement, en plus du client, l'environnement dans lequel il se trouve, mais également d'être en contact avec son entourage. Ce dernier a également une influence sur le comportement du sujet. (Ibid.). Je constate en fin de compte que le contexte devient un réel outil pour soutenir la personne dans ses démarches.

3.7.5 Modèle des Alcooliques Anonymes (AA)

Le modèle des Alcooliques Anonymes est né aux États-Unis. Depuis sa création, il s'est développé dans plus de 150 pays différents. Il regroupe environ deux millions de personnes dans le monde entier.

Les Alcooliques Anonymes sont un groupe de personnes (homme et femme) qui se retrouvent régulièrement dans un local dans le but de partager et d'évoquer les expériences de chacun. Durant ces moments de discussion, les personnes partagent leurs forces, leurs connaissances ainsi que leurs vécus dans l'espoir d'aider et de soutenir les autres, mais également eux-mêmes. Le but prioritaire des Alcooliques Anonymes est de rester abstinents et d'aider d'autres personnes à le devenir³². Pour cela, ils se basent sur douze étapes, qui sont les suivantes :

1. Admettre l'impuissance devant l'alcool : *« Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool et que nous avons perdu la maîtrise de nos vies. »*.
2. *« Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison. »*.
3. *« Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous LE concevons. »*.
4. *« Nous avons courageusement procédé à un inventaire moral minutieux de nous-mêmes. »*.
5. *« Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre humain, la nature exacte de nos torts. »*.
6. *« Nous avons pleinement consenti à ce que Dieu élimine tous ces défauts de caractère. »*.
7. *« Nous lui avons humblement demandé de faire disparaître nos déficiences. »*
8. *« Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et nous avons résolu de leur amende honorable. »*.

³² Les AA de la suisse francophone et italienne :

http://www.aasri.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=2 (Consulté Juin 2013).

9. « *Nous avons réparé nos torts directement auprès de ces personnes chaque fois que c'était possible, sauf lorsqu'en ce faisant nous pouvions leur nuire ou faire tort à d'autres.* ».
10. « *Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en apercevions.* ».
11. « *Nous avons cherché par la prière et la médiation à améliorer notre contact conscient avec Dieu tel que nous Le concevions, Lui demandant seulement de nous faire connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.* ».
12. « *Comme résultat de ces Étapes, nous avons connu un réveil spirituel : nous avons alors essayé de transmettre ce message aux autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.* ». (Daeppen, 2003 : 73-74).

Ces étapes montrent clairement qu'il doit y avoir une conscientisation de la maladie et des torts qui ont été causés à soi-même, ainsi qu'à autrui. Il y a également une réalisation que l'alcool est plus fort et qu'il faut capituler face à ce produit dont on a perdu le contrôle.

Ces personnes dépendantes se réfèrent à une puissance supérieure. Cette puissance correspondant à un Dieu n'est pas liée à une religion mais aux conceptions propres de chacun. Et finalement, lorsqu'ils ont intégré ces étapes et fait ces démarches, ils doivent également soutenir par la suite les personnes se trouvant dans la même situation. (Ibid.).

Afin de pouvoir faire partie d'un tel groupe, il faut uniquement avoir la volonté de cesser sa consommation d'alcool. Aucune autre condition d'entrée n'est demandée. Il n'y a pas de demande de cotisation ou d'obligation de croire en quelque chose de spécifique. Contrairement à ce qu'une grande partie de la population pourrait croire, ce groupe de soutien n'est pas une secte, il n'est ni lié à une confession religieuse ni à une idée politique. (AA de la Suisse francophone et italienne.).

J'ai eu l'occasion de rencontrer une personne se trouvant dans un groupe AA en Suisse. Part ce contact, j'ai pu me rendre en tant que visiteur à une séance. Ce fut un moment très enrichissant. J'ai pu me faire une idée concrète de ce qui se passait entre ces murs et, ainsi revenir sur mes idées à ce sujet.

En fin de compte, je perçois que les AA sont un groupe de soutien sans professionnels qui permet de discuter des situations vécues et de s'entraider. Les douze étapes constituant l'évolution de la personne dans le groupe permettent d'évoluer par rapport à sa problématique et par la suite à tenir son abstinence.

3.7.6 Modèle Minnesota

Cette méthode est née aux USA en 1950 et depuis, elle s'est répandue dans le monde entier. Un grand nombre de pays utilise ce modèle pour soigner les gens de la dépendance à l'alcool et aux autres dépendances³³.

Le modèle Minnesota est basé sur le principe des Alcooliques Anonymes. Ce sont des anciens alcooliques, issus de la philosophie des Alcooliques Anonymes, qui ont voulu tenter d'aider d'autres personnes alcooliques à s'en sortir. Et de là, un premier hôpital basé sur les fondements des AA, s'est ouvert au Minnesota.

³³ Sevrage et dépendance : <http://www.sevrage-dependance.fr/traitement-dependance/la-methode-minnesota/> (Consulté avril 2013).

« [...] Il combine des principes des AA avec une prise en charge médicale et des techniques psychothérapeutiques, telles que les approches cognitivo-comportementales, systémiques, Gestalt, analyse transactionnelle, psychodrame, etc... ». (Danis, 2002).

Ce modèle considère l'alcoolisme comme une maladie progressive qui peut être fatale si elle n'est pas maîtrisée.

Ce modèle consiste à prendre la personne dans sa globalité et donc à la soigner dans sa globalité. Tous les aspects de la vie sont traités pour faire face à la dépendance. De plus, la personne est suivie par un personnel pluridisciplinaire : médecins, psychologues, travailleurs sociaux, etc. Pour finir, la thérapie vise une meilleure qualité de vie en utilisant l'abstinence totale³⁴. Dans ce modèle, l'abstinence n'est pas un but, mais un moyen d'atteindre une qualité de vie supérieure.

3.8 Les rechutes

Malgré tout un parcours entrepris par les personnes alcooliques, le risque de rechute est présent. C'est pour cela que ce point n'est malheureusement pas à minimiser lorsque l'on aborde la thématique de la dépendance.

3.8.1 Quelques définitions

3.8.1.1 Définition de la rechute

La première définition la plus connue et la plus fréquente est la suivante : la rechute concerne une personne qui reconsomme de l'alcool après une période d'abstinence (courte ou longue) (Feuerlein & Dittmar, 1989). Lorsque l'on parle de rechute, on ne parle pas du premier état d'ivresse après une abstinence, mais bel et bien du premier verre bu après une période d'abstinence totale. (Röhr, 2009). Cette reprise de boissons alcoolisées va très rapidement motiver la personne à consommer à nouveau et elle risque de perdre le contrôle de sa consommation. De plus, tous les problèmes liés à l'alcool vont réapparaître. (Pellegrini, 1994).

3.8.1.2 Définition de la réalcoolisation

Cette définition limitée du terme « rechute » peut avoir des conséquences importantes chez la personne alcoolique qui aura le sentiment de devoir recommencer tout à zéro au moindre écart. (Körkel & Schindler, 2003). À cause de cette connotation fortement réductrice, les professionnels tentent de ne plus parler de rechute, mais d'utiliser le terme de réalcoolisation. Ce nouveau terme permet de donner une place aux personnes alcooliques ayant une phase de réalcoolisation. Sans jugement, il signifie tout simplement une reconsommation après un sevrage.

3.8.1.3 Définition du terme dérapage

Alan Marlatt a également soulevé un aspect intéressant de la notion de rechute. Il y ajoute le concept de « dérapage ». Ce terme a pour but de ne pas considérer la réalcoolisation de l'alcoolique comme un échec. Il utilise le mot dérapage lorsque le sujet prend un gâteau contenant de l'alcool ou lorsqu'il boit un verre de champagne à une fête. Marlatt perçoit la rechute comme une reprise d'alcool, ainsi qu'une reprise des comportements que la personne avait avant son sevrage. Pour lui, la rechute signifie que la personne retombe dans les anciennes habitudes de consommation. La différenciation des deux termes a montré son efficacité dans l'accompagnement des personnes alcooliques. (Körkel & Schindler, 2003).

³⁴ Source : Idem.

3.8.2 Théorie des rechutes selon Alan G. Marlatt

Alan G. Marlatt (Körkel & Schindler, 2003) est un psychologue américain qui s'est préoccupé des rechutes des personnes alcoolodépendantes. Il a tenté de trouver une théorie sur ce qui amène les personnes alcooliques à consommer à nouveau après une période d'abstinence. Cette théorie est très appréciée et une majorité des enquêtes sur ce thème ont été réalisées dans cette direction. (Ibid.).

La théorie des rechutes de Marlatt est basée sur la théorie cognitive et sociale de Banduras. (Ibid.). L'idée de Marlatt est qu'un processus cognitif et social amène la personne à reconsommer de l'alcool après une période d'abstinence. Il pense que la réalcoolisation, ainsi que la rechute, se produisent au terme d'un long parcours d'événements et de décisions internes. (Ibid.).

D'après Marlatt, pour qu'une personne reconsomme de l'alcool, il faut qu'elle ait un style de vie peu stable avec énormément de charges/contraintes (en ce qui concerne le job, la famille, etc.) et peu de plaisir. En plus de cette situation difficile, les risques de rechute augmentent lorsque le sujet se trouve face à un événement à haut risque. Par exemple, il peut être en contact avec des individus qui le poussent à boire ou il peut avoir des conflits avec certaines personnes. Le risque de rechute peut encore davantage s'intensifier si l'individu ne pense pas avoir les capacités pour combattre tous ces événements. Il est donc fort probable qu'il continue sa consommation déjà commencée. Durant ce temps, il va passer par différentes étapes émotionnelles et cognitives jusqu'à, finalement, atteindre le point de la rechute grave. Toutefois, une rechute peut être évitée si la personne est en mesure d'identifier la raison de sa rechute sans se mentir, et tente d'analyser son acte. Elle est consciente de la situation et cherche des astuces afin de ne pas refaire la même erreur. Dans ces cas, elle va poursuivre son parcours de vie en redevenant abstinente après son dérapage. (Ibid.).

Je constate finalement que, d'après ce modèle, les rechutes proviennent d'un manque de compétences pour affronter les situations lourdes et à haut risque. De plus, il peut y avoir des difficultés à percevoir la situation telle qu'elle se présente réellement. (Ibid.).

L'avantage d'avoir compris le système des rechutes est que le professionnel et le client peuvent dans la majorité des cas prévenir les réalcoolisations ainsi que les rechutes. C'est pour cela que les personnes qui fréquentent un centre résidentiel ou ambulatoire travaillent tant sur l'abstinence que sur des stratégies pour combattre, le moment venu, les situations difficiles. Les personnes sortant d'une thérapie ont en général les compétences pour faire face aux problèmes pouvant mener à une rechute. (Valleur & Matysiak, 2006).

3.8.3 Les raisons possibles d'une rechute

La théorie de Marlatt montre la complexité de la thématique de la rechute. Je vais présenter maintenant quelques raisons qui risquent de pousser une personne à rechuter. Je suis consciente qu'il s'agit de raisons parmi d'autres, mais j'espère que ces quelques exemples donneront déjà une idée de la problématique.

Avant tout, il faut comprendre qu'une rechute peut arriver à tout moment chez une personne abstinente. Ceci peut partir d'un coup de tête, d'une impulsion ou de quelque chose de réfléchi (rechute sèche). Certains docteurs, dont Gloeser, pensent que la rechute est tout d'abord mentale puis physique. (Pellegrini, 1994).

Voici quelques causes qui pousseraient les personnes alcooliques à reconsommer de l'alcool.

- La personne ne parvenant pas à accepter sa maladie (l'alcoolisme)

D'après Röhr, les personnes de cette catégorie ne se considèrent pas comme alcooliques au sens propre du terme. Elles ne pensent pas devoir rester à tout jamais abstinentes après un séjour de désaccoutumance. En plus du fait de nier la maladie, elles ont peu de connaissances au sujet de l'alcoolodépendance. L'abstinence n'est pas quelque chose de dérangeant pour elles au début. Elles vont même consulter des groupes d'entraide. Toutefois, à un moment donné, elles ne voient plus de sens derrière ces actions pour rester abstinentes. C'est pourquoi un jour la personne décide de reprendre un verre d'alcool. (Röhr, 2009).

- La personne n'étant pas en mesure de recevoir des offenses ainsi que des remarques

Lorsque la personne abstinente est en contact avec des personnes qui l'offensent, qui la critiquent ou qui lui font des remarques, elle risque de se remettre à boire. Le sujet va, en effet, vouloir éviter de ressentir la douleur et il va donc tenter de trouver du réconfort dans la boisson. (Ibid.). Röhr, pense que les personnes ayant une forte sensibilité aux remarques, aux jugements, aux insultes devraient durant la thérapie pouvoir apprendre à y faire face. (Ibid.).

- La personne buvant par peur

Une personne ayant peur, par exemple, des relations conflictuelles ou d'aller au travail, risque de prendre des boissons contenant de l'alcool afin de pouvoir se détendre et affronter les situations peu appréciées avec plus de courage et de confiance. Pour ces personnes, un travail sur la peur est nécessaire durant la thérapie. Ceci permettra à l'individu d'affronter des situations qui lui font peur sans reconsommer. (Ibid.).

- La personne qui décide de reconsommer parce qu'elle se sent bien

Une très bonne journée, des compliments, une grande satisfaction peuvent également mener à une réalcoolisation. La personne se sent surpuissante et se croit en mesure de gérer sa consommation. Et pourtant, ceci n'est pas le cas. Les Alcooliques Anonymes ont un dicton qui dit : « *Lorsque tu vas mal, va chez le groupe d'entraide, lorsque tu vas bien, cours au groupe d'entraide* »³⁵. (Röhr, 2009 : 146). Les personnes dans cette catégorie sont souvent des individus qui ont peu de confiance en eux-mêmes. Il serait bien qu'ils apprennent à avoir confiance en eux afin qu'ils ne se remettent pas à boire à la première occasion. (Ibid.).

- La personne qui ne se supporte plus

Une minorité de la population alcoolique ne supporte pas l'abstinence. Ces sujets ont constamment des changements d'humeurs et ne parviennent pas à percevoir les bienfaits de la vie sans alcool. C'est pourquoi ils cessent leur abstinence. L'alcool leur permet de se sentir bien et d'oublier pour un court instant leur mal-être. (Röhr, 2009).

- Une personne désirant se tester

La personne vit bien son abstinence, elle ne ressent plus le besoin de boire de l'alcool et pourtant, un jour, la personne souhaite tester sa résistance face à l'alcool. Elle veut savoir si elle est en mesure de consommer de l'alcool sans que cela pose à nouveau des problèmes. (Pellegrini, 1994).

³⁵ Traduction par Nathalie Heuss de l'allemand en français

« *L'alcoolique pense souvent, parce qu'il a quelques mois d'abstinence, qu'il est tiré d'affaire* ». (Gomez, 1999 : 107). Ces individus se testent donc dans l'espoir inconscient de pouvoir reconsommer de l'alcool de manière contrôlée et sociologiquement acceptée. (Hillemand, 1999). Or, ce test ramène rapidement la personne à sa propre réalité. Elle risque de rapidement tomber dans ses anciennes habitudes et ne sera plus en mesure de cesser sa consommation. Cette rechute est un désastre pour les personnes concernées qui ont l'impression d'avoir intégralement anéanti ce qui a pris tant de temps à se construire (l'abstinence, la confiance en soi, etc.). (Pellegrini, 1994).

- « Fausse rechute »

Ces personnes ne sont pas réellement en train de faire des rechutes. En effet, les individus se trouvant dans cette catégorie sont des personnes qui ont fait un sevrage qui n'était pas de leur volonté. De ce fait, elles n'avaient pas l'intention de devenir abstinentes à ce moment donné. Ce qui a pour conséquence qu'à la fin du séjour d'abstinence, la personne n'a pas de motivation et d'intérêt à rester dans une non-consommation d'alcool. C'est pourquoi une partie de ces sujets va très rapidement reconsommer. Cette soi-disant rechute n'est de ce fait pas vécue comme un échec par ces dernières. (Pellegrini, 1994).

En fin de compte, je constate que le quotidien (travail, famille,...) (Feuerlein & Dittmar, 1989) ainsi que les émotions de la personne jouent un grand rôle dans le risque de rechute. (Röhr, 1994). Je remarque également que les professionnels peuvent réduire les potentiels risques de rechute en donnant des moyens et en travaillant sur certains points avec les personnes alcooliques. De plus, Feuerlein et Dittmar notent qu'un suivi professionnel après un placement pourrait réduire encore davantage le risque de rechute. (Feuerlein & Dittmar, 1989).

3.8.4 Perception d'une rechute

Il me semble important, pour clore ce chapitre, d'évoquer brièvement la perception d'un certain nombre de personnes concernées à propos de leur rechute, ainsi que la perception qu'elles devraient avoir à ce sujet.

La personne concernée considère souvent une rechute comme un échec total. Elle pense devoir recommencer à zéro son parcours pour atteindre à nouveau l'abstinence. C'est ce que l'on appelle une pensée maximalisante. Or, une rechute ne devrait pas être perçue de cette manière. En effet, il est important de considérer la rechute comme une expérience positive qui permet d'avancer dans son parcours vers l'abstinence. Pour un certain nombre de personnes, la rechute est perçue comme une étape vers l'abstinence totale. (Pellegrini, 1994). Une rechute permet, par exemple, au sujet de montrer sa vulnérabilité par rapport à l'alcool et le pousse à se montrer vigilant face à cette substance. Elle lui montre la réalité telle qu'elle est. La personne va à nouveau se rendre compte que la consommation d'alcool n'est plus possible pour elle et que sa maladie ne guérira en quelque sorte jamais. (Ibid.). Malgré ces effets positifs, la rechute n'est tout de même pas à banaliser. (Hillemand, 1999). Plus la personne attend avant d'aller chercher un soutien après le premier verre, plus elle risque de reprendre de mauvaises habitudes et il sera à nouveau difficile de s'en sortir. Il est possible qu'elle atteigne la déchéance totale. (Pellegrini, 1994).

Si la personne cherche de l'aide rapidement après son premier verre, il est fort probable que les conséquences seront moins importantes. Cependant, il me semble primordial de préciser que certaines personnes sont tout à fait en mesure de s'en sortir après une rechute. Grâce aux outils qui lui ont été donnés durant la thérapie, ou tout simplement par ses propres ressources, un individu trouvera la force de remonter la pente.

En définitive, je constate qu'il est important de ne pas percevoir la rechute comme un échec, mais comme une étape faisant partie du chemin pour atteindre l'abstinence définitive. (Ibid.). La personne doit la prendre au sérieux et aller chercher de l'aide le plus rapidement possible, dans le but d'éviter une rechute ayant de lourdes conséquences. Il faut avoir, en d'autres termes, des pensées réalistes du style : « *Ok, j'ai reconsommé, c'est grave, mais je peux et je dois faire quelque chose pour enrayer une rechute* ». Il est de ce fait primordial que les services professionnels soient atteignables pour ces personnes. Ceci implique que ce soit des services à bas seuil (accueil de toutes les personnes ayant des problèmes d'alcool qu'elles soient abstinentes ou non). (Körkel & Schnidler, 2003).

4. Les infrastructures

4.1 Les services stationnaires

Le service stationnaire peut être divisé en deux temps. Tout d'abord, un passage à l'hôpital dans le but de faire un sevrage uniquement physique. Ce qui implique de libérer le corps de toute substance toxique liée à l'alcool. (Batel, 2006). Ce séjour dure environ une à deux semaines selon le degré d'intoxication. Dès ce moment, il n'y a plus de dépendance physique. Le corps ne ressent plus le besoin de reprendre de l'alcool même si toute la dépendance psychique est encore présente. La personne a trois choix après cette étape : suivre un traitement dans un centre résidentiel, avoir un suivi ambulatoire ou ne rien faire et espérer ne pas rechuter.

Le but dans un centre résidentiel spécialisé est la désaccoutumance des habitudes de la personne, afin que celle-ci change d'attitude au sujet de l'alcool. Elle doit, pour s'en sortir, apprendre à reconnaître ses problèmes tout en voulant les résoudre, et ceci sans devoir utiliser l'alcool. Le traitement est soutenu par une psychothérapie qui peut être accompagnée de médicaments en cas de besoin. Il est évident que toute consommation d'alcool durant cette cure est interdite. (Coulombier, 2007).

Le séjour dans un centre stationnaire est prévu normalement pour une durée de cinq semaines à quelques mois : on parle régulièrement de trois à six mois. Durant cette période, différentes activités³⁶ telles que sport, discussions individuelles et en groupe avec des personnes formées dans ce domaine, ou ateliers leur sont proposés. Selon la philosophie de l'institution, les objectifs finaux peuvent varier entre atteindre une consommation d'alcool à nouveau socialement acceptée ou atteindre l'abstinence totale. (Feuerlein & Dittmar, 1989). Certaines institutions vont également proposer à leurs résidents des sorties et des journées à la maison afin qu'ils puissent se confronter progressivement à la réalité. Ils sauront à quoi s'attendre à la fin de la thérapie. Ces expériences à domicile vont être rediscutées et les deux protagonistes vont travailler sur les choses qui ne se sont pas bien passées afin que le client puisse rentrer en toute sécurité et que le risque de rechute soit fortement réduit. (Coulombier, 2007).

Ces institutions sont, finalement, pour quelques mois une nouvelle maison et un nouvel environnement pour la personne. L'avantage de ces résidences est que le sujet quitte pendant un certain temps son entourage ainsi que son contexte de vie habituel : ces derniers pouvant être la cause de son alcoolisme. Il peut se préparer pour combattre ses problèmes en sortant. En vivant loin de son ancien cadre de vie, une rupture des rituels existants avant le sevrage s'impose. (Batal, 2006).

³⁶ Les activités varient selon la philosophie de l'institution.

4.1.1 Journée d'un professionnel travaillant dans une institution

Les professionnels travaillant dans un service stationnaire ont des horaires de jour et dans certains établissements, ils doivent également faire des horaires de nuit. Le but de cette présence constante est d'être présent pour les personnes 24 heures sur 24 afin qu'ils puissent faire appel à un professionnel en cas de besoin.

Il faut rappeler que chaque institution fonctionne différemment : certaines sont plus axées sur l'abstinence totale, d'autres sur la consommation contrôlée. Dans chaque établissement le rôle principal reste le même : soutenir et accompagner la personne. Pour cela, les travailleurs sociaux vont utiliser les outils acquis durant leurs formations et développés par leurs expériences professionnelles.

De plus, dans certains centres, il y aura davantage d'entretiens individuels alors que dans d'autres, l'accent sera mis sur les groupes de discussions. La philosophie des institutions aura également une influence sur le suivi qui est donné aux pensionnaires.

Au final, l'accompagnement des personnes dépendantes dans un centre stationnaire peut fortement varier selon l'approche théorique, les objectifs ainsi que les buts des institutions. Et de ce fait, le travail des professionnels va également varier d'un centre à l'autre.

4.2 Les services ambulatoires

Le service ambulatoire peut être utilisé dans le but de préserver l'abstinence après un placement stationnaire. Il peut également être utilisé dans le but de faire un sevrage ou de réduire/garder la consommation actuelle.

Le terme « ambulatoire » signifie que les services n'offrent pas d'hébergement. Effectivement, les personnes viennent dans ce service pour une heure, puis repartent chez elles. L'avantage des services ambulatoires est que les personnes dépendantes ne sont pas dans l'obligation d'interrompre leur vie sociale pendant la durée de la « thérapie ». Le client peut continuer à exercer ses activités quotidiennes. Sa vie professionnelle et familiale et les autres choses entourant la personne sont préservées. En plus de cet avantage, ces consultations sont gratuites. (Coulombier, 2007).

Lorsque la personne alcoolique décide de faire un sevrage dans le service ambulatoire, elle est prête à changer de manière de vivre sans pour autant vouloir changer son environnement. Cependant, il faut comprendre que la personne peut malgré sa motivation reconsumer de l'alcool à chaque moment du sevrage. L'alcool demeure accessible malgré l'envie de s'en débarrasser. Toutefois, avec un bon accompagnement familial et médical la personne peut atteindre son but. (Batel, 2006).

Pour les personnes qui ne souhaitent pas faire un sevrage et n'ont pas comme but d'atteindre une abstinence totale, le service ambulatoire peut être un outil primordial. Grâce à des outils performants, les personnes non alcooliques ou alcooliques peuvent trouver en ces lieux le soutien qu'il leur faut pour atteindre leurs objectifs personnels.

Le rôle des professionnels travaillant dans ce secteur est d'informer les individus sur la consommation ainsi que sur les risques. Ils ont également le devoir de les accompagner et, en cas de besoins, de trouver chez la personne la motivation qui la pousserait à faire un sevrage puis une thérapie dans un centre résidentiel. (Feuerlein & Dittmar, 1989). Un autre rôle important leur est confié : celui d'accompagner les personnes ayant déjà fait un sevrage ainsi qu'un séjour dans une institution spécialisée. Un certain nombre de personnes revenant dans un service ambulatoire après leur séjour cherchent à éliminer les risques de rechute encore présents. Ces sujets ont appris des choses sur eux-mêmes et ont également acquis les outils utiles pour faire face au monde extérieur.

L'ambulatorio permet aux personnes de parler de leurs problèmes quotidiens et d'adapter les outils reçus. En plus de ce travail, les professionnels ont un rôle de coach. Inévitablement, les clients perdent de temps en temps leur motivation à rester abstinentes et dans ce cas, les professionnels sont un soutien pour les encourager à aller dans le sens souhaité. (Gomez, 1997).

Finalement, je constate que le service ambulatorio peut avoir plusieurs rôles à la fois et qu'il peut être utile pour une majorité de la population concernée, que ce soit pour un soutien, pour un accompagnement ou pour de l'information.

4.2.1 Journée d'un professionnel dans un service ambulatorio

Les professionnels travaillant dans un service ambulatorio ont généralement des horaires de bureau, ce qui implique une présence pour les clients entre 8h00 et 17h00 environ, que ce soit par téléphone ou pour des entretiens.

Le rôle des professionnels travaillant dans ce genre de service est d'accompagner la personne dans les démarches qu'elle souhaite entreprendre, que ce soit pour un objectif de consommation contrôlée, une diminution de la consommation, une atteinte de l'abstinence ou ne rien vouloir changer à la consommation. Afin de pouvoir accompagner l'individu au mieux, le travailleur social va se mettre en contact, avec l'accord du client, avec différents partenaires tels que les assistants sociaux des services sociaux, des médecins, des psychologues et des psychiatres. Tout ce travail de réseau permettra par la suite un meilleur suivi et un meilleur encadrement de la personne concernée. Cette dernière va également avoir des entretiens avec le professionnel afin de voir comment se passent les choses, s'il y a des modifications à faire dans le suivi. C'est en quelque sorte une mise au point qui se fait durant cette heure de rencontre. Pendant les temps où les professionnels ne rencontrent pas leurs clients, ils tentent d'organiser les placements souhaités, les entretiens en réseau afin de pouvoir soutenir au mieux la personne. J'ai constaté durant mon stage que le travail de ces professionnels, dans un service ambulatorio pour personnes dépendantes, est d'accompagner la personne dans la démarche qu'elle souhaite ou qui est souhaitée pour elle. En effet, certaines personnes se trouvant dans un suivi ambulatorio n'y sont pas forcément de leur propre gré : elles peuvent être dans une telle procédure pour ne pas perdre leur travail ou pour éviter la prison. Le rôle concret du professionnel est de la soutenir et de l'encadrer pour qu'elle puisse atteindre le but défini au début du suivi. Et selon ce qui est discuté durant le premier entretien, les professionnels agiront en conséquence. Il est important de rappeler que chaque individu aura des besoins et des envies différents, ce qui aura naturellement également un impact sur le travail des professionnels.

Finalement, les travailleurs sociaux utilisent les outils acquis durant leur formation ou dans leur quotidien pour accompagner et encadrer la personne à atteindre un objectif réaliste fixé au début de leur collaboration.

MÉTHODOLOGIE

1. Hypothèses de recherche

Pour tenter de répondre à ma question de recherche, j'ai posé les hypothèses suivantes :

1.1 Hypothèse 1

Meilleur sera le travail sur la prévention des rechutes dans les centres stationnaires, moins les risques de rechute seront présents.

Par cette hypothèse, je cherche à savoir si un travail sur la prévention des rechutes est réalisé dans le centre stationnaire. Et si ce n'est pas le cas, je souhaiterais comprendre par quels moyens les professionnels préparent les pensionnaires à faire face à des situations à risque ?

1.2 Hypothèse 2

Les travailleurs sociaux travaillant dans un service ambulatoire parviennent mieux à prévenir les rechutes grâce à un suivi régulier.

Je cherche à savoir par cette hypothèse si la régularité des visites au centre ambulatoire a une influence sur le risque des rechutes. Je me demande globalement si la régularité et la durée des traitements ont une influence sur la prévention de la rechute.

1.3 Hypothèse 3

Les travailleurs sociaux parviennent à prévenir les rechutes possibles de leurs clients grâce à des outils de travail efficaces³⁷.

En ayant posé cette hypothèse, je souhaite tout d'abord connaître les différents mécanismes de prévention utilisés par les professionnels. Ensuite, je m'intéresse à comprendre si ces derniers sont efficaces.

1.4 Hypothèse 4

Les clients ont de meilleures chances d'éviter les rechutes s'ils bénéficient d'un suivi ambulatoire après un placement stationnaire.

J'ai posé cette hypothèse, car je crois au suivi ambulatoire. Je me demande finalement, ce que les gens font durant ces rendez-vous. Il est clair pour moi qu'ils discutent de différents points tels que le quotidien, l'alcool, etc... Mais je ne perçois pas quelque chose de plus profond. Alors j'ai cherché à savoir s'ils entraînent les moyens déjà élaborés dans le service stationnaire et/ou s'ils trouvent d'autres moyens.

³⁷ Les techniques de prévention ne sont à ce stade pas encore déterminées.

2. La recherche sur le terrain

2.1 Le terrain d'enquête

Le terrain de l'enquête fut pour moi un point important, qu'il fallait préparer judicieusement, une étape qu'il ne fallait pas prendre à la légère. Comme le décrivent S. Beaud et F. Weber : « *Cette question est peut-être encore plus importante que le choix du thème : car votre thème évoluera au cours de votre enquête tandis que, sauf exception regrettable, vous ne changerez pas de terrain.* » (Beaud & Weber, 2010 : 38).

Après avoir trouvé un terrain d'enquête qui me semblait adéquat et où les acteurs et actrices étaient prêts à répondre à mes questions, j'ai dû longuement réfléchir pour savoir si je souhaitais présenter les institutions de mon enquête. Après mûre réflexion, j'ai décidé de ne pas les nommer afin de respecter la protection de données des personnes interviewées. Effectivement, toutes les personnes interrogées ne souhaitaient pas être reconnues dans mon travail. Et pour ne pas prendre de risque, j'ai décidé d'être brève dans les informations que je donne, dans le but de ne pas reconnaître les individus questionnés. À tout ceci s'ajoute le fait que la Suisse est relativement petite et que beaucoup de gens se connaissent dans un milieu donné. Par souci de confidentialité, le nom de la fondation va donc rester anonyme. La seule information que je pourrais donner à ce sujet est que je me suis intéressée à la consommation d'alcool en Suisse, et plus particulièrement au Valais pour certains aspects à cause de l'importance du vin dans la culture du canton.

2.1.1 La population, l'échantillon

Après avoir choisi des institutions, j'ai dû me concentrer sur le choix de mon échantillon. Il était important de choisir avec soin les personnes car cette décision pouvait avoir une influence sur ma recherche. C'est pourquoi, après discussions avec certains collègues, j'ai choisi de prendre pour mon travail trois populations bien ciblées.

1. Des professionnels travaillant dans un service stationnaire.
2. Des professionnels travaillant dans un service ambulatoire
3. Des personnes alcooliques ayant fait un séjour stationnaire et se trouvant actuellement dans un service ambulatoire.

Au total, j'ai décidé de faire huit entretiens, ce qui représente plus précisément, quatre entretiens avec quatre professionnels travaillant dans le domaine des addictions : deux travaillant dans un service ambulatoire (Christophe³⁸ et Enzo), ainsi que deux professionnels travaillant dans un service stationnaire. L'un de ces derniers est un psychologue (Léo) et le second est un travailleur social (Gabriel)³⁹. Ensuite, j'ai également interviewé quatre personnes ayant des problématiques avec l'alcool et se trouvant actuellement dans un suivi ambulatoire après un placement stationnaire.

Pour des questions d'anonymat, je vais rester très brève dans les descriptions des individus interviewés. Les professionnels ne seront pas présentés, car ceci ne me semble pas nécessaire pour comprendre leur point de vue. D'après J.-C. Kaufmann, « *Dans la recherche qualitative, le critère significatif des critères habituels (âge, profession, situation familiale, résidence) devient moins opérant : ils fixent le cadre mais n'expliquent pas, alors que l'histoire de l'individu explique.* ». (Kaufmann, 2011 : 40). De plus, il est fort probable que l'on puisse les reconnaître si je donne plus de détail.

³⁸ Tous les prénoms des acteurs cités sont des noms d'emprunt.

³⁹ Le sexe n'est également pas la représentation de la réalité chez les professionnels interviewés.

Une petite présentation des clients me semble par contre importante afin de pouvoir les mettre dans un contexte et les humaniser quelque peu.

La première interviewée est Alexandra. Elle a une cinquantaine d'années et avait un sérieux problème d'alcool. Elle a consommé une forte quantité d'alcool sur une longue période de sa vie. Cependant, Alexandra s'est rendu compte un jour que sa situation devenait inquiétante et c'est pourquoi elle a pris sa situation en main. Elle a donc fait un séjour en institution puis a continué son parcours dans un service ambulatoire.

Le second interrogé s'appelle Philippe. Il a une quarantaine d'années et, il a eu une consommation qu'il qualifie de « festive ». Il me présentait sa consommation comme étant allée crescendo. Au début, Philippe avait une consommation dite « normale » durant les fêtes, mais progressivement elle augmenta durant ces événements jusqu'au jour où différents problèmes apparurent dans sa vie de tous les jours. Il a donc également réalisé qu'il fallait entreprendre quelque chose, même si ceci lui parut très difficile.

Le troisième client, Jean-Paul, a une vingtaine d'années. Il a commencé à boire très tôt de l'alcool. En plus de ce produit, il consommait également d'autres substances qui ont constitué à l'époque la première raison d'un placement en institution. Jean-Paul a débuté sa thérapie sans grande motivation, surtout par obligation. Cependant, un jour une personne importante a changé sa vie, et lui a donné la motivation de stopper toute consommation. Pour cette raison, Jean-Paul se retrouve dans un suivi ambulatoire pour lui permettre de tenir son abstinence.

Le dernier des clients est Daniel. Il a une quarantaine d'années et a eu une consommation qualifiée « d'abusives ». Daniel a commencé très tôt à boire de l'alcool. Durant une bonne partie de sa vie, il en consommait de manière régulière et en grande quantité. C'est après de nombreuses années de consommation qu'il s'est rendu compte, grâce à un tiers, que sa consommation n'était pas normale et qu'il devait changer ce comportement. C'est alors que Daniel est entré dans un centre stationnaire pour un certain temps. Ensuite, il a continué son traitement dans un service ambulatoire.

Les raisons qui m'ont poussée à prendre dans mon échantillon deux types de population (ex-pensionnaires et professionnels) sont multiples. Cependant, cette évidence ne me vint pas tout de suite à l'esprit. Au début de ma recherche, je considérais que seul l'avis des professionnels était nécessaire pour répondre à ma question de recherche. Mais plus j'avais dans mon travail et plus je me disais que les clients avaient également une importance. En effet, durant mes stages, je me suis souvenue d'une phrase d'un travailleur social qui était : « *Les clients sont les experts de leurs situations* ». Je pense que ceci est exact et j'en tiens compte dans mon travail. Je suis d'avis que d'interroger les clients a donné davantage une perspective plus neutre à ma question de recherche. Les résidents ont pu percevoir la manière de travailler des professionnels sans pour autant juger leurs compétences professionnelles.

Mais interroger uniquement les clients serait, d'après moi, une erreur aussi. Ces derniers ne connaissent pas la totalité du fonctionnement de la fondation et ils peuvent uniquement dire ce qu'ils en perçoivent. De ce fait, l'avis des professionnels est également primordial.

Au final, les deux groupes se complètent et entreprendre un travail de recherche avec ma problématique en faisant des entretiens uniquement avec un seul des deux groupes serait passer à côté d'informations importantes. C'est pourquoi j'ai décidé de prendre tant les professionnels que les clients en entretien pour répondre à ma question de recherche.

2.2 Méthode de production des données

La récolte des données s'est faite à l'aide de deux méthodes distinctes. En premier lieu par observation participative. Durant mon stage, j'ai pu énormément observer ce qui se passait sur le terrain : le travail des professionnels, leurs méthodes de travail, etc. Ces observations m'ont permis de me faire une première impression et, au final, d'élaborer en partie ma question de recherche. Ensuite, ces observations m'ont également permis d'élaborer une part de l'appui théorique et de construire ma grille d'entretien. Cette phase d'observation m'a aidé à récolter sur le vif des informations qui, d'après moi, ne seraient pas sorties durant un entretien ou dans un questionnaire. De plus, j'ai pu voir des situations qui sortent de l'ordinaire, ce qui m'a peut-être été utile pour orienter ma question. En fin de compte, l'avantage d'avoir eu une phase d'observation avant de rentrer dans le vif du sujet est que j'ai eu des informations préalables et que ces dernières étaient spontanées. (Quivy & Campenhoudt, 2006).

Ma deuxième méthode de production des données est la méthode des entretiens semi-dirigés. L'avantage des entretiens est d'avoir un contact réel avec la population que l'on souhaite interviewer. Les personnes donnent des réponses plus complètes lors d'un face à face que sur une feuille avec des questions courtes. De plus, les réponses sont souvent plus nuancées. (Ibid.). J'ai également décidé de faire des entretiens semi-dirigés pour laisser l'occasion à l'interviewé de parler ouvertement. Par des questions relativement ouvertes, pas systématiquement posées dans un ordre déterminé, j'ai laissé l'opportunité à la personne de répondre de la manière dont elle le souhaitait, avec les mots qui lui convenaient. Finalement, le rôle de mes questions était de me permettre de rester dans le sujet et de ne pas dévier de la thématique, en gardant toujours mes objectifs en tête. (Ibid.).

De plus, je pense qu'en lien avec ma thématique, il est important de comprendre le point de vue précis de la personne, son expérience, etc. L'idée qui se cache derrière ce genre d'entretien est de développer une dynamique tout en cadrant la discussion. (Kaufmann, 2011). Tout ceci n'aurait pas été aussi atteignable par un autre moyen de récolte des données.

Pour réaliser ces entretiens, il m'a fallu préparer une grille de questions que j'ai par la suite posées à mon échantillon d'interlocuteurs. J'ai donc rédigé un questionnaire en lien avec mes hypothèses et ma question de recherche, afin que les réponses me servent pour mon analyse. Mes questions ont été rédigées avec beaucoup de réflexion et de temps afin qu'elles aient une continuité logique durant les entretiens. Ceci m'a permis également de ne pas les lire constamment, ce qui facilita le contact avec les personnes interviewées et a rendu les entretiens plus fluides. (Ibid.).

Finalement, cette méthodologie m'a permis d'obtenir des données précises pour répondre, pour une part, à ma question de départ.

2.2.1 *Premier contact avec les différents services*

Après avoir expliqué comment je m'y suis prise pour obtenir une partie des informations que je souhaitais, il me semble important de décrire comment je suis parvenue à réaliser ces différents entretiens, et dans quel contexte ils se sont déroulés.

Pour entrer en contact avec l'institution souhaitée, j'ai fait la connaissance du responsable du service dans lequel je souhaitais faire mes interviews. Pour le service ambulatoire, j'ai téléphoné au responsable dont j'avais obtenu le numéro par une connaissance et je lui ai expliqué toute ma situation, ainsi que mes souhaits. Pour lui, ce fut clair. Cependant avant, de s'engager à quoi que ce soit, il voulait me rencontrer pour un premier contact. C'est pourquoi nous nous sommes vus dans son bureau une semaine plus tard.

L'entretien fut bref, mais clair. Je lui ai expliqué mes attentes et mes envies. Il me répondit à la fin qu'il n'y avait pas de soucis et qu'il allait organiser les professionnels, ainsi que les clients dans le service ambulatoire. Je l'ai remercié et nous avons fixé deux dates afin de faire mes entretiens avec les quatre clients ainsi que les professionnels.

Pour le secteur stationnaire, je m'y suis prise légèrement différemment. J'ai cherché le numéro de téléphone de cette institution et, après mon coup de fil, la personne m'a demandé d'écrire un e-mail afin d'expliquer le but de ma recherche, mes envies, les délais, et ainsi de suite. Après mon mail, un professionnel prit contact avec moi et se déclara prêt à me consacrer du temps pour un entretien. Le second professionnel prit également contact avec moi plus tard.

2.2.2 Déroutement des entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés de la même manière. Je me suis rendue sur place, dans les locaux de l'institution. Chaque interview a duré entre trois quarts d'heure et un peu plus d'une heure. Tous les entretiens furent enregistrés pour que je puisse me concentrer sur le discours de la personne plutôt que sur mes notes, et ils ont été intégralement retranscrits. Avec les professionnels, les entretiens se sont déroulés dans leur propre bureau, tandis qu'avec les clients, je disposais d'un bureau pour une journée dans lequel j'ai pu accueillir les différents clients prévus pour les entretiens. Ces locaux étaient relativement calmes, ce qui me m'a permis de bien comprendre la personne et de ne pas avoir des problèmes avec un bruit de fond. Chaque interview était individuelle, il n'y avait pas d'autre personne présente dans la pièce.

Avant de commencer avec mes questions, je débute toujours par me présenter (nom, prénom, formation, etc...). Ensuite, je leur expliquais le but, ainsi que la procédure de l'entretien et, lorsque tout semblait être clair pour les deux protagonistes, je débute avec mes différentes questions. Du fait que ma grille de questions me permettait d'avoir un fil rouge, il n'était pas rare que je pose quelques questions complémentaires durant les entretiens. Mon but à ce moment était d'avoir un maximum d'informations de ces individus en lien avec ma question, tout en respectant leur intimité. Ce fut un vrai moment d'échange très agréable, avec l'apparition de nouveaux thèmes. À la fin, je remerciais les individus, leur demandais comment cet entretien s'était passé pour eux. Les réponses étaient plutôt positives. Avec les professionnels, je restais encore un petit moment pour parler de mon travail, de l'entretien et de la thématique. Avec les clients, les séances étaient plus rapides. Après avoir éteint l'enregistreur, je souhaitais encore connaître leurs ressentis et je voulais également les remercier. Mais cette phase fut toujours courte, j'avais l'impression que les individus avaient encore d'autres choses à faire.

Au final, malgré une procédure identique pour chaque entretien, il faut dire qu'aucun d'entre eux ne s'est déroulé de la même manière. En effet, chaque être humain était différent et amenait d'autres aspects durant l'entretien. De plus, la motivation pour cet interview n'était pas la même chez tout le monde, ce qui influença également le déroulement de l'entretien. J'ai pourtant eu l'impression que chaque individu était honnête et ouvert. Tous les entretiens se sont passés dans un calme, ce qui m'a permis de récolter passablement d'informations pour répondre par la suite à mes hypothèses, ainsi qu'à ma question de recherche.

2.3 Principes éthiques de la recherche

Durant ma recherche, j'ai été en relation avec différentes personnes. Ce contact implique également un contact avec leurs vécus, leurs parcours, leurs histoires, leurs ressentis, leurs joies et leurs peines. Tous ces points appartiennent à la personne, ce sont des données sensibles qu'il faut absolument respecter. C'est pour cela qu'il existe certaines règles à suivre lors d'une recherche. (Solioz, 2011).

2.3.1 Principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance consiste à ne pas faire de tort à l'individu en face de soi. (Ibid.).

Durant les entretiens, je pense avoir respecté ce point de bienfaisance. Effectivement, à aucun moment, ni par ma parole ni par mes gestes je n'ai eu le sentiment de causer du tort à la personne en face de moi. Je me suis toujours efforcée d'être en empathie avec l'autre et de le respecter.

À chaque fin d'entretien, j'ai demandé à la personne interviewée comment elle s'était sentie et la réponse semblait être positive.

2.3.2 Principe du respect de la dignité humaine

Ce principe consiste à respecter et à « *protéger les intérêts multiples et interdépendants de la personne, de son intégrité corporelle à son intégrité psychologique et culturelle* ». (Solioz, 2011 : 5).

Afin de respecter ce principe, il faut mettre ses propres valeurs et idées de côté. Ce point ne me semblait pas toujours évident lorsque j'entendais des choses qui ne correspondaient pas à ma manière de voir. Cependant, j'étais à cet entretien en tant que professionnelle venant écouter ce que les interviewés avaient à me dire au sujet de ma problématique. Donc mes idées et conceptions de la chose n'avaient pas leur place à ce moment-là. Et grâce à cette prise de conscience de ma part, je pense avoir pu respecter pleinement la personne ainsi que ses valeurs.

De plus pour comprendre le positionnement et la globalité de la personne, il est important de mettre un moment de côté ses pensées, ainsi que ses idées. C'est pourquoi j'ai tenté d'oublier mes opinions et mes croyances pour mieux comprendre mes interlocuteurs, ce qui me permettait en fin de compte de les respecter. Finalement, « *s'il veut vraiment comprendre, l'enquêteur doit parvenir à se dépouiller de toute morale ; il prendra ses idées une fois l'entretien terminé* ». (Kaufmann, 2011 : 51).

2.3.3 Principe de consentement libre et éclairé

Le principe du consentement libre et éclairé consiste à être totalement transparent en vers la personne. Elle doit de ce fait être correctement informée sur le sujet, ainsi que sur les ambitions du chercheur, et doit être en mesure de pouvoir arrêter en tout temps l'entretien. (Solioz, 2011). C'est pourquoi avant chaque entretien, j'expliquais à la personne qui j'étais, le but de ma recherche et, j'informais également sur le fonctionnement de l'entretien. À chaque explication je demandais l'accord de la personne et de ce fait, je pense avoir respecté la personne dans son libre choix d'y participer et de répondre aux questions qui allaient suivre. De plus, le professionnel ayant organisé ces entretiens lui avait également auparavant demandé si elle voulait y participer.

2.3.4 Principe de confidentialité et d'anonymat

Comme le titre le dit déjà clairement, ce principe consiste à anonymiser les données, donc à ne pas rendre identifiable la personne. Ce qui implique également qu'à la fin du travail, il y aura une destruction des données récoltées. (Ibid.).

La question de l'anonymat me paraît être un point central lorsque l'on fait une recherche sur une thématique telle que la mienne.

Avant de débiter mes entretiens, j'ai eu une discussion avec mon directeur de travail de Bachelor concernant l'anonymat des clients. Avant la discussion je m'étais dit que j'allais respecter le choix de chacun. Cependant, les personnes alcooliques ne pouvaient pas réellement s'imaginer les risques qu'il pouvait y avoir si elles ne restaient pas anonymes. En effet, les personnes ne peuvent pas percevoir l'ampleur d'un tel travail et de ce fait, ne peuvent pas voir les conséquences. C'est pourquoi j'ai décidé d'avertir les clients que j'allais de toute manière rendre leurs données anonymes pour les protéger. Certains individus ne comprirent pas tout de suite ma position, pourtant après une explication claire de ma part, les gens décidèrent de leur propre gré de ne pas vouloir être identifiés.

Au niveau des professionnels, la procédure fut différente. Pour ces derniers, je demandais leur avis en expliquant que le travail de Bachelor serait visible par un grand nombre de personnes et que je n'aurais pas d'influence sur la lecture de mon mémoire. Après les explications, tous les professionnels ont également décidé de rester anonymes.

2.4 Limites de la recherche

La principale limite est celle du sujet d'étude lui-même. Pour avoir une réponse précise à ma question de recherche, il faudrait faire une recherche plus poussée avec un plus grand échantillon. Mon analyse se porte uniquement sur un petit groupe de personnes, ainsi que sur une seule institution. La réponse à ma question de recherche ne peut donc pas être généralisée. Je pense qu'une enquête plus poussée avec un plus grand nombre de personnes et sur toutes les institutions suisses concernées par le problème de l'addiction permettrait d'avoir des résultats plus précis que ce que j'ai pu obtenir.

De plus, il serait intéressant de prendre en compte également les autres dépendances et non pas uniquement la problématique de l'alcool. Ensuite, il serait peut-être passionnant de faire les comparaisons des différentes institutions et de voir ce qui fonctionne chez l'une et pas chez l'autre. Ceci, dans le but d'améliorer ces performances au niveau de l'accompagnement.

Finalement, je perçois bien que ma démarche reste une recherche « simple » qui ne peut pas donner des résultats gigantesques !

Les entretiens sont une deuxième limite de mon travail. Les interviews sont une méthode de récolte de données très intéressante pour obtenir des informations plus poussées sur une personne. Durant un entretien, on reçoit une quantité d'informations passionnantes, mais malheureusement celles-ci ne sont pas toutes utilisées dans ma recherche : par exemple, la communication non verbale qui peut faire passer autant de messages que la communication verbale. Mais je ne l'ai pas prise en compte car elle n'était pas pertinente pour mon analyse.

La troisième limite de ma recherche est ma part de subjectivité. Durant mon mémoire, j'ai tenté au mieux de rester objective. Pourtant, malgré les efforts, une part de subjectivité reste inévitable dans une recherche. Je pense même qu'il est tout à fait normal d'avoir cet aspect subjectif dans un approfondissement d'un sujet, mais cette part non objective dans un travail de recherche relativise en quelque sorte les résultats.

Un autre point qui pourrait être une limite à ma recherche est l'aspect théorique et pratique. En effet, je suis persuadée qu'entre ces deux aspects un grand fossé existe et pourtant, je pense que les professionnels ne font pas toujours la différence entre les deux champs lors de leurs explications. En posant les questions (et ceci surtout chez les professionnels) je ne savais pas s'ils parlaient véritablement de leur quotidien pratique ou s'ils parlaient de points de vue théoriques. Christophe montre clairement qu'il y a une différence entre l'aspect théorique et l'aspect pratique. Il dit : « *Ça, c'est l'idéal hein ! Attention après il y a la pratique.* ». Donc, si cette distinction n'est pas faite durant les entretiens, mes résultats pourraient en être faussés.

Ne pas obtenir les réponses que j'espérais était également une limite pour mon travail. Lorsque je posais certaines questions, j'avais déjà une idée en tête. Parce que j'en avais déjà discuté durant un entretien avec une autre personne, j'espérais une réponse identique. Ceci peut provenir également des connaissances théoriques que j'ai construites durant mon travail. Cet effort sur moi-même pour réellement prendre en compte ce qui se disait, et non pas ce que je voulais entendre, ne fut pas évident. Si je veux entendre une réponse spécifique, ma manière de poser la question sera biaisée. Au contraire, sans avis particulier, je pense que mes questions ont été posées de manière plus neutre. Selon les questions posées, j'ai sans doute malgré tout quelquefois influencé la réponse sans le vouloir réellement.

Finalement, je constate que dans une recherche, quelle que soit son importance, beaucoup d'informations peuvent être, et ont été perdues. En effet, le scientifique ne considère peut-être pas toutes les informations comme utiles ou ne les perçoit tout simplement pas. Pour finir, une part de subjectivité reste malgré les compétences du chercheur.

PARTIE II : RECHERCHE SUR LE TERRAIN

ANALYSE

1. Méthode d'analyse

Afin d'analyser les données récoltées lors des entretiens, j'ai tout d'abord fait la retranscription de chacun d'entre eux. Les avoir sur papier m'a permis de gagner du temps pour la suite et m'a aidé à distinguer clairement les réponses données à mes questions.

J'ai ensuite cherché les différents thèmes abordés durant l'interview. Pour cela, j'ai produit deux grilles, une pour les professionnels et une pour les clients, construites de la manière suivante :

	Client 1	Client 2	Clients 3	Client 4
Nom du thème 1	Citations			Citations
Nom du thème 2		Citations		
.....			Citations	

Tableau 2 : Les citations des clients récoltées en liens avec des thématiques.

	1 ^{er} professionnel stationnaire	2 ^e professionnels stationnaire	1 ^{er} professionnel ambulatoire	2 ^e professionnel ambulatoire
Nom du thème 1	Citations			Citations
Nom du thème 2		Citations		
.....			Citations	

Tableau 3 : Les citations des professionnels récoltées en liens avec des thématiques.

Ces tableaux m'ont permis de trouver quelles thématiques étaient en lien avec mes hypothèses.

Par la suite, j'ai regroupé ces deux tableaux pour n'en faire plus qu'un (sur plusieurs feuilles collées les unes aux autres), qui se présente de la manière suivante :

	LES HYPOTHÈSES	THÈMES ABORDÉS PAR LES PROFESSIONNELS	THÈMES ABORDÉS PAR LES CLIENTS
<p><u>Question de recherche : Quelle influence le travailleur social a-t-il dans la prévention des rechutes auprès des personnes alcooliques passant du service stationnaire au service ambulatoire ?</u></p>	<p><i>Meilleur sera le travail sur la prévention des rechutes dans les centres stationnaires, moins les risques de rechute seront présents.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Outils professionnels • Rôle du service stationnaire • Autres traitements adéquats • Procédure de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Service stationnaire • Traitement en institution • Perception du traitement en institution • Outils donnés aux clients • Moyens pour éviter une rechute
	<p><i>Les travailleurs sociaux travaillant dans un centre ambulatoire parviennent mieux à prévenir les rechutes grâce à un suivi régulier.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Service ambulatoire / moyens du service ambulatoire • Durée du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Durée du traitement
	<p><i>Les travailleurs sociaux parviennent à prévenir les rechutes possibles de leurs clients grâce à des outils de travail efficaces.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure de travail • Outils professionnels • Différences entre les deux services • Rôles du professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Moyens pour s'en sortir • Traitement en institution • Raison du suivi ambulatoire après un placement stationnaire
	<p><i>Les clients ont de meilleures chances d'éviter les rechutes s'ils bénéficient d'un suivi ambulatoire après un placement stationnaire.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Outils transmis aux clients • Service ambulatoire / moyens des services ambulatoires • Avantage du service ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutiens • Outils donnés aux clients • Moyens pour éviter une rechute • Importance du suivi ambulatoire • Service ambulatoire • Traitement dans le service ambulatoire
	<p><i>Autres thèmes ayant émergé du terrain.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transfert du stationnaire en ambulatoire • But du service ambulatoire • Rechute vue par les professionnels • Perception du mot dérapage 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi avoir des professionnels avec qui en parler ? • Les risques de rechutes • Perception que les clients ont des professionnels • Sortir seul de la dépendance • But du traitement • Perception d'une rechute • Définition d'une rechute • Perception du mot dérapage

Tableau 4 : Différents thèmes en lien avec mes hypothèses.

Ce tableau me sert comme point d'ancrage pour les différents thèmes et hypothèses à décrire dans l'analyse.

2. Analyse

Durant les entretiens, énormément de choses intéressantes sont ressorties. Malheureusement, certains sujets, ainsi que certaines constatations, ne peuvent pas être utilisés pour mon analyse car ils n'ont pas de lien direct avec la thématique. Toutefois, ces informations supplémentaires récoltées, telles que la différence entre théorie et pratique ou la communication non verbale, vont m'aider dans ma future vie professionnelle. De ce fait, aucun aspect développé durant les entretiens ne fut du temps perdu.

2.1 Préparation de l'évitement de la rechute dans le service stationnaire

Rappel de l'hypothèse :

Meilleur sera le travail sur la prévention des rechutes dans les centres stationnaires, moins les risques de rechute seront présents.

Pour avoir un avis précis sur cette hypothèse, il faut s'intéresser à différents points en lien avec le service stationnaire : il faut comprendre comment est perçu le service stationnaire, son rôle, les outils de travail des professionnels, etc.

2.1.1 Perception du service stationnaire.

Les clients m'ont raconté, durant les entretiens, que les institutions stationnaires dans lesquelles ils étaient n'ont pas une très bonne réputation. En effet, d'après les différents pensionnaires interviewés, personne n'allait avec plaisir dans un centre de désaccoutumance. Philippe dit d'ailleurs : « [...] on y va pas en sifflotant et gaité de cœur, quoi. ».

Après avoir pris note de la perception que certaines personnes ont du service stationnaire, je me suis demandé si ceci était en lien avec la perception que notre société a de l'alcoolisme. Comme je l'ai abordé dans le paragraphe 3.2.1 *La société et l'alcool* ainsi que dans le paragraphe 3.3.2 *La perception des personnes alcooliques par la société*, je constate que l'alcoolisme est encore rarement considéré comme une maladie. (Gueibe, 2008). Aujourd'hui, les alcooliques sont toujours perçus comme des personnes labiles ne sachant pas résister à leurs pulsions. (Ibid.). Tant qu'il n'y aura pas de changement dans la société à ce niveau, il sera difficile, d'après moi, d'avoir une bonne perception des centres stationnaires traitant les personnes dépendantes à l'alcool. Si un jour la société parvient à changer de paradigme, je pense que ces centres seront davantage perçus comme des hôpitaux spécialisés pour les personnes dépendantes à un produit.

De plus, je pense que si ce changement de mentalité se fait un jour, les personnes alcooliques n'osant actuellement rien faire contre leur maladie par honte, débiteront peut-être un traitement. Je suis persuadée que ceci concerne également les personnes ayant rechuté. Effectivement, il semble déjà difficile d'avouer son alcoolisme. Ne pas être en mesure de maintenir son abstinence, donne encore davantage le sentiment d'être une personne faible. Durant les entretiens, j'ai pu constater la perception qu'avaient les personnes alcooliques des rechutes. Avec Alexandra par exemple, à chaque fois que j'abordais la thématique de la rechute, elle me répondait : « *Mais je n'ai pas recommencé* ». Et cela à chaque fois. J'avais réellement l'impression que la personne avait peur que je la juge. Jean-Paul me dit qu'il n'aime pas parler de la rechute. Il dit : « [...] *je préfère même pas y penser* [...] ».

Finalement, je constate pour ce premier point que la perception du problème par la société joue un rôle très présent pour le traitement des personnes alcooliques et que cela peut, en quelque sorte, influencer le déroulement de ce traitement.

2.1.2 Rôle du service stationnaire

Le rôle du service stationnaire est de sortir momentanément la personne de sa situation, de son contexte. Toutes les personnes que j'ai pu interviewer, que ce soit des clients ou des professionnels, tous étaient d'accord sur le fait que le service stationnaire était un cocon. Léo, le professionnel travaillant dans le service stationnaire, a encore davantage poussé l'idée du cocon. Il dit qu'il est important que les personnes soient protégées afin qu'elles puissent travailler sur la problématique de l'alcool. En étant confronté directement à la tentation de consommer, il est pour eux plus facile d'en parler. D'après lui « [...] *c'est un peu un environnement idéal pour parler, pour travailler sur soi, pour réfléchir à comment faire pour pas rechuter, pour pas reconsommer, pour pas reprendre le verre.* ».

Ce dont ce professionnel m'a fait part est en lien avec ce que j'ai présenté dans la théorie au point 4.1 *Les services stationnaires*. Dans ce paragraphe consacré aux services stationnaires, j'explique que ces derniers permettent aux personnes dépendantes de quitter l'alcool et de se préparer pour faire face aux situations difficiles en lien avec l'alcool à leur sortie. (Batel, 2006).

Ceci me paraît un moyen efficace pour un certain nombre de personnes se trouvant dans une situation difficile due à l'alcool. Je pense, tout particulièrement aux personnes qui ont déjà bien souffert des conséquences de leur consommation, qui ont déjà perdu leur réseau social et/ou leur job. Dans ce genre de situation, je suis persuadée qu'il est primordial de passer par une institution. Plus les gens ont perdu de choses à cause de leur consommation, plus la durée du placement sera longue. Léo raconte : « [...] *des gens qui se sont tellement laissé couler qu'ils n'ont plus de famille, qu'ils n'ont plus de travail, qu'ils n'ont plus d'appartement ou de lieu de vie et... c'est des gens qui doivent tout reconstruire. Donc c'est un petit peu ça qui fait la différence entre un traitement de 5 semaines ou de 8 semaines et un traitement de 6 mois. Les gens qui viennent ici pour 5 à 8 semaines ce sont des gens qui doivent travailler uniquement sur leur dépendance. Alors que les gens qui font plus de 8 semaines, 3 mois, 6 mois, ça peut même être plus des fois, c'est des gens qui doivent tout reconstruire donc retrouver un travail, s'ils sont encore aptes au travail, [...] recréer des liens sociaux, ça peut être faire du bénévolat par exemple, ça peut être aussi retrouver un appartement. Donc tout ça, ça demande du temps et puis c'est pour ça que ce sont des gens qu'on appelle moyen terme, qui restent plus longtemps.* ».

Je ne pense pourtant pas que toutes les personnes souffrant de dépendance à l'alcool aient besoin d'un tel suivi. Effectivement, Christophe, un des professionnels du service ambulatoire, pense que si tous les individus ayant des problèmes d'alcool allaient en institutions « [...] *ce serait vraiment pathologiser la société pour rien* ». Je peux, de ce fait, déjà constater l'importance d'un autre service : le service ambulatoire.

Finalement, le rôle du service stationnaire est de protéger la personne, de la sortir de son ancien contexte de consommation afin de pouvoir faire un travail sur elle, tout en abordant la thématique de l'alcool.

2.1.3 Outils des professionnels travaillant dans le service stationnaire

Connaître le rôle du service stationnaire, ne permet pas un positionnement clair quant à mon hypothèse. Il faudrait également savoir ce que fait réellement un professionnel dans la prévention des rechutes. C'est pourquoi j'ai demandé aux deux professionnels travaillant dans le résidentiel, si la thématique de la rechute était abordée.

Leur réponse fut la suivante :

Gabriel : « [...] si on n'en parle pas ce serait débile...ce serait grave. [...] C'est central, enfin, c'est ça qui va leur permettre de ne pas rechuter justement... ».

Léo : « Je pense que clairement, il faut parler de la rechute, que c'est quelque chose qui risque d'arriver, et puis la rechute, ça inclut les situations à risques tout ce qui peut mener à la rechute. ».

Je constate par ces deux réponses que les professionnels en institution voient la problématique de la rechute comme primordiale. Elle semblerait donc faire partie du traitement en institution.

Mais comment s'y prennent-ils pour aborder les problématiques de la rechute dans le cadre institutionnel ? Tout d'abord, il faut savoir que le centre résidentiel dans lequel j'ai pu faire mes entretiens se centre énormément sur la thérapie de groupe. Il y a par exemple le premier groupe⁴⁰ qui est présenté de la manière suivante par Léo : « [...] c'est un groupe où les gens peuvent s'exprimer sur un peu tout et n'importe quoi. ». Ensuite, il y a un second groupe qui consiste à parler d'un sujet que le professionnel apporte. Il n'est pas rare, d'après les professionnels, d'aborder un sujet en lien avec la rechute, dans le but justement de les préparer à une rechute potentielle à leur sortie.

Toutes ces pratiques mises en place dans le centre résidentiel, sont basées principalement sur la théorie de Marlatt et Gordon (Körkel & Schindler, 2003), sur le modèle des Alcooliques Anonymes (Daeppen, 2003) et du programme de Minnesota (Danis, 2002), ainsi que sur la thérapie cognitivo-comportementale (Rahoui & Reynaud, 2006). Modèles déjà expliqués au point 3.7 *Les outils thérapeutiques*.

Les quatre bases théoriques sur lesquelles se reposent les professionnels du centre résidentiel concernent la problématique de la dépendance à l'alcool. En effet, les Alcooliques Anonymes, ainsi que le modèle de Minnesota, aident les personnes à sortir de la consommation et visent l'abstinence. Ils soutiennent également les individus qui risquent de rechuter ou ceux qui sont déjà dans la phase de rechute.

Marlatt, lui, s'est davantage préoccupé de la thématique de la rechute. D'après lui, il y aurait différentes situations à risque qui pourraient pousser une personne dépendante à une nouvelle consommation. Cependant, il pense que grâce à une gestion efficace des situations à risque, la personne peut être en mesure d'y faire face et ne pas reconsommer. (Körkel & Schindler, 2003).

Le cognitivo-comportemental permet aux individus d'analyser les situations à risque, ainsi que de trouver des moyens dans le but de pouvoir y faire face. (Daeppen, 2003).

Les théories sur lesquelles se basent les professionnels du centre institutionnel que j'ai interviewés me semblent intéressantes. En effet, ils utilisent des théories qui soutiennent le pensionnaire à devenir abstinente et, parallèlement, ils emploient des théories qui permettent d'analyser les situations à risque avec la personne.

Toutefois, une chose me frappe dans certaines théories utilisées. Le principe des Alcooliques Anonymes, ainsi que le modèle de Minnesota, se focalise sur un unique but : l'abstinence. Ce constat pourrait laisser croire que seules les personnes qui souhaitent devenir abstinentes peuvent suivre une thérapie dans cette institution.

⁴⁰ Je ne nomme consciemment pas les noms des groupes par respect de confidentialité envers l'institution.

Enzo m'explique, durant l'entretien, que certaines institutions résidentielles, telles que celles dans lesquelles j'ai pu interviewer des professionnels, veulent que les personnes soient abstinentes dès l'entrée en thérapie. Il me dit : « [...] eux [l'institution concernée] ils veulent absolument un avis médical sur l'abstinence de produit avant l'entrée, physique ! ». Ceci montre bien que tout le monde ne peut pas faire un traitement stationnaire. Cependant, ce critère d'entrée n'implique pas obligatoirement que la personne cherche à atteindre une abstinence totale. Effectivement, Philippe m'a fait part qu'il n'est pas entré en institution dans la philosophie « *Je vais à [nom de l'institution], je sors de [nom de l'institution], je touche plus jamais un verre d'alcool de ma vie.* ». Ce dernier a fait une période d'abstinence pendant et après la thérapie. Toutefois il avait un objectif final qui était de parvenir à une consommation contrôlée après le placement stationnaire. Ce but s'est d'ailleurs concrétisé grâce au suivi ambulatoire.

Grâce à cet exemple, je constate que toutes les personnes sont les bienvenues dans le service stationnaire, quel que soit leur but. Cependant, à l'entrée de la thérapie, ainsi que pendant celle-ci, aucune consommation n'est autorisée.

Enzo, du service ambulatoire m'explique que « *si le seul traitement valable c'est l'abstinence totale et puis qu'on ne met pas en évidence la rechute, la personne elle ne va pas revenir, elle va se dire « Oh, j'ai honte, je ne vais pas en ambulatoire.* » ». Ses paroles démontrent que le fait de se focaliser sur l'abstinence et ne pas thématiser la problématique de la rechute peut avoir des conséquences importantes dans le suivi ambulatoire de la personne concernée.

Finalement, je remarque que les professionnels travaillant dans le domaine stationnaire utilisent un certain nombre de théories qui leur permettent d'aborder la problématique de la rechute. Cela leur permet également de développer quelques moyens permettant de faire face à des situations à risque, sans forcément devoir se procurer un verre pour surmonter ces moments difficiles.

2.1.4 Outils transmis aux clients

Dans le chapitre précédent, j'ai décrit que le centre résidentiel se basait sur la théorie de Marlatt et Gordon (Körkel & Schindler, 2003) et qu'il s'agissait d'un outil intéressant pour les professionnels. En effet, cette théorie leur permet de thématiser la rechute, ainsi que de découvrir avec les pensionnaires les différentes situations à risque au quotidien.

Du fait que les professionnels et les résidents analysent et développent des moyens dans le but de pouvoir faire face à des situations à risque, il me semblait évident que ces derniers reçoivent des outils durant leur thérapie. C'est pourquoi j'ai posé la question suivante aux quatre clients interviewés : « *Quels outils vous ont-ils été donnés durant la thérapie pour faire face à une rechute éventuelle ?* ». Les réponses à cette question furent très vagues et aucun des clients n'était en mesure de me donner des noms d'outils. La réponse de Philippe est un bon exemple pour montrer qu'il a travaillé sur des outils, même s'il n'est plus en mesure de les nommer. Il me dit. « *Ouais, y avait plein de choses pour justement adapter à chaque situation et à chaque personne, étant donné que le problème est tellement complexe. Donc après à chacun de prendre les outils qui lui sont propres, qui lui permettent de gérer au mieux son problème.* ». Je me suis interrogée au sujet de l'utilité des outils travaillés durant la thérapie car les clients ne sont pas en mesure de les nommer à la sortie du traitement. Or, après avoir insisté un court moment sur les techniques d'évitement, les ex-pensionnaires commencèrent à me présenter quelques outils qu'ils utilisent pour éviter des situations complexes et des rechutes potentielles.

Après avoir tourné un moment autour de la question, il ne me fut plus si évident de savoir si ces techniques étaient créées par les individus eux-mêmes ou s'ils les avaient créées en collaboration avec les professionnels.

Je suis d'avis que certains moyens décrits par les individus sont des techniques qui ont été élaborées avec les professionnels durant la thérapie de désaccoutumance, que ce soit de manière directe ou indirecte. Il est vrai que certains outils ont sans doute été discutés, sans pour autant avoir été élaborés concrètement avec le client. De ce fait, ils pensent peut-être les avoir découverts eux-mêmes.

J'ai constaté, grâce aux clients, que les techniques transmises par les professionnels sont diverses et variées. Certaines concernent davantage une modification de comportement (éviter d'un lieu) pendant que d'autres concernent davantage un travail sur la maîtrise de soi (pouvoir dire non lorsque quelqu'un propose un verre de vin). Or, elles reposent toutes sur le principe d'éviter une rechute potentielle. Les travailleurs sociaux, ainsi que les pensionnaires, travaillent sur différentes situations pour trouver des astuces qui permettront à la personne de tenir le coup dans les situations dites à risque. Certains professionnels travaillent, par exemple, avec les systèmes de la pire image et/ou le plan d'urgence. Le premier est présenté par Léo durant l'entretien de la manière suivante : *« La pire image, par exemple, ça c'est un outil qu'on leur donne, c'est un groupe que l'on essaye de faire très régulièrement où on leur demande en fait de raconter le pire souvenir ou le pire événement qu'ils ont vécu sous la consommation de leur produit. Et puis le but à ça, c'est : « Bon ok, ça fait mal », c'est souvent quelque chose de..., c'est un groupe assez difficile, c'est assez prenant parce qu'on entend quand même des choses assez rudes des fois, mais on s'en sert comme outils justement pour le jour où ils auront envie de consommer, par exemple, de se rappeler de leur pire image, et de se dire : « Non, ça je veux plus jamais le vivre. Ce que j'ai vécu-là ce jour-là, plus jamais je veux avoir un truc pareil. » »*. Ceci permet finalement à l'individu concerné de s'imaginer la pire situation, le pire état dans lequel il s'est trouvé pendant sa consommation et ceci devrait lui permettre de ne pas vouloir retomber dans cette situation désagréable. Il va donc refuser le verre d'alcool. Le plan d'urgent consiste à écrire sur une petite carte de la taille d'une carte de crédit différents moyens pour ne pas reconsommer. Cette carte est en quelque sorte un pense-bête qui rappelle à la personne ce qu'elle peut faire lors de situations difficiles. Les professionnels recommandent également de prendre contact avec différentes personnes de confiance lors de situations qui pourraient pousser la personne à une nouvelle consommation. Ces individus de confiance peuvent être des amis, des anciens pensionnaires, des personnes du groupe AA, des personnes de la famille. Il faut uniquement que le sujet choisi soit prêt à écouter ce que l'autre a à lui dire.

Étrangement, les professionnels travaillant dans le centre résidentiel m'ont tous deux donné les mêmes noms d'outils. Je ne connais donc pas d'autres outils donnés aux clients, même si les deux protagonistes m'ont clairement indiqué qu'il en existait d'autres. Pourtant ces derniers utilisent uniquement les outils nommés. Je constate que selon la manière de travailler, certains instruments de soutien seront privilégiés plus que d'autres.

Les clients m'ont également fait part d'un point que je trouve intéressant : chaque individu est différent et chaque besoin diffère de celui des autres. Cela implique que chaque personne aura besoin d'un outil différent selon sa situation et son histoire. Cette constatation faite par les clients était perceptible lors de la présentation de leurs propres outils. Daniel, par exemple, repose tous ses espoirs sur l'Antabuse, tandis qu'Alexandra tente de gérer ses situations à risque en appelant des gens en qui elle a confiance.

Finalement, je constate que les professionnels donnent et travaillent avec des outils pratiques pour qu'à la sortie du traitement stationnaire, les ex-pensionnaires ne soient pas totalement perdus dans le quotidien. Ces derniers devraient, en quelque sorte, être en mesure de faire face à un certain nombre de situations à risque, grâce à ces outils. En plus des conseils reçus par les travailleurs sociaux, les sujets savent ce qui leur convient et ils ont également des compétences pour créer d'autres outils qui leur permettraient de sortir d'une situation dite dangereuse pour eux. Par exemple, Jean-Paul me dit : « *Je descends avec ma femme comme ça je ne vais pas aller traîner dans les coins où je ne devrais pas aller quoi. [...] j'ai coupé les contacts avec tout le monde [...].* ». Je constate que cette personne a mis en place un moyen pour ne plus voir ses anciens amis qui risquaient de lui proposer de consommer à nouveau.

2.1.5 Rôle du professionnel dans le domaine stationnaire

Une partie du rôle du professionnel travaillant dans le service stationnaire découle de la théorie cognitivo-comportementale. (Deappen, 2003). Les professionnels cherchent avec la personne à « [...] identifier un petit peu les situations à risque »⁴¹ et de voir par la suite « [...] quels comportements, quelles émotions découlent par rapport à ces situations »⁴². C'est exactement le principe de la thérapie comportementale, citée dans le point 3.7.1 *La thérapie cognitive et comportementale*. C'est-à-dire qu'« [...] on part d'une situation, on regarde qu'est-ce que ça procure comme émotion, quelle pensée on a par rapport à cette situation et quels comportements va en découler. Et puis on va travailler un petit peu sur ces pensées pour modifier les comportements. ».⁴³

Un second rôle des professionnels est d'informer les pensionnaires au sujet de leur maladie. Gabriel est persuadé que « [...] mieux ils sont informés, documentés sur leur maladie mieux ils appréhendent les choses enfin... ». Si un individu connaît toute la complexité de la maladie, il sera davantage préparé aux situations qui pourraient être difficiles : il pourra peut-être mieux les gérer grâce à une préparation précise. Enzo présente un autre aspect du problème : la honte. Pour lui, il est également important de présenter les traits de la maladie pour éviter que les gens aient honte de la rechute qu'ils pourraient subir. Il l'explique dans les termes suivants : « [...] si au début on n'a pas bien expliqué ça, le concept maladie, les gens ils ont honte et ils partent. Et ont les retrouvent malheureusement. Mais ont les retrouvent en rechute GRAVE. ». Finalement, le but des professionnels, lorsqu'ils informent les pensionnaires de leur maladie, est « [...] d'en faire des experts [...] »⁴⁴ dans le but qu'ils n'aient pas honte de leur rechute et qu'ils puissent continuer la thérapie.

Léo me raconte également l'importance d'informer les sujets de leur maladie, mais, d'après lui, la thématique de la rechute ne doit pas manquer. Ce professionnel discute avec chaque client tous les points abordables au sujet de la rechute : « *Là on travaille heu vraiment à fond sur les problèmes de dépendance, comment faire pour ne pas rechuter, comment faire pour faire face à des envies de consommer, comment faire pour éviter les situations à risque [...].* ». Pour ces démarches, le professionnel utilise la théorie de Marlatt et la théorie cognitivo-comportementale, afin de pouvoir créer avec le client des moyens qui l'aideront à faire face aux situations éventuellement dangereuses pour lui. Informer le client des rechutes est effectivement un acte inévitable dans le domaine de la dépendance.

⁴¹Extrait d'entretien Gabriel.

⁴²Idem.

⁴³Idem.

⁴⁴Idem.

Dans la partie théorique de mon travail au paragraphe 3.8.4 *Perception d'une rechute*, je décris que selon certaines personnes la rechute fait tout simplement partie du processus pour parvenir à une abstinence totale. (Pellegrini, 1994). Et, puisque la rechute fait partie du processus pour atteindre l'abstinence, je pense qu'il serait faux de ne pas l'aborder avec les pensionnaires, afin d'éviter une déchéance totale.

Au final, je constate que les professionnels travaillant dans un service stationnaire disposent de différentes casquettes. La première est celle de l'information, la seconde est d'identifier avec l'individu les situations à risque et de trouver ensuite des techniques pour y faire face.

Les travailleurs sociaux ont certainement d'autres rôles qui n'ont pas été mentionnés durant les entretiens. Je pense que ces « oublis » proviennent probablement du fait qu'ils sont si ancrés dans les gestes du professionnel, qu'ils ne se rendent plus compte que c'est également un point pertinent pour l'accompagnement quotidien des personnes dépendantes dans un centre stationnaire. Par exemple, le rôle d'accompagnant que les professionnels font quotidiennement pour soutenir la personne dans les démarches souhaitées. Un rôle également important dans leur travail.

2.1.6 Est-il possible d'éviter une rechute ?

Il me reste encore un point primordial à discuter avant de pouvoir donner une réponse à ma première hypothèse.

J'ai écrit ci-dessus que les professionnels construisaient avec le client des moyens, des outils dans le but d'être capables de gérer une situation à risque. Mais est-ce suffisant d'aborder la thématique de la rechute et de créer des outils pour éviter une rechute dans un futur proche ou lointain ? Les professionnels ont-ils réellement une influence sur la rechute éventuelle du client ? Par ce questionnement un aspect important apparaît : celui de la liberté personnelle ainsi que la responsabilité individuelle de chacun.

Lors des entretiens, j'ai tenté de poser les questions citées ci-dessus de manière un peu plus abstraite (de manière à ne pas poser la question directement) aux professionnels et la réponse fut unanime. Effectivement, tous étaient d'accord sur le fait que la rechute est à la responsabilité de l'individu concerné.

Je m'explique : grâce aux différents entretiens, j'ai compris que les professionnels ont des outils et des moyens qu'ils leur permettent de soutenir le client durant toute la thérapie au Centre stationnaire. Ils sont en mesure de l'accompagner et de créer des outils pour que la personne, à sa sortie, soit en mesure de faire face à différentes situations. Je constate qu'un des rôles du travailleur social est d'accompagner le sujet dans ses démarches pour atteindre l'abstinence et de trouver des astuces avec ce dernier afin de continuer à pouvoir tenir le coup après le placement. Après cette constatation, on peut croire que la rechute dépend de la qualité de travail du professionnel. Or, cette première interprétation est fautive. Si j'approfondis ce point, je constate que deux facteurs jouent un grand rôle dans la préparation des rechutes potentielles :

- La première est la motivation du pensionnaire. Si l'individu entre en institution uniquement pour faire plaisir à autrui, sa motivation ne sera pas aussi grande que s'il était venu de son propre gré. Cette constatation est ressortie durant les entretiens avec les clients. Ces derniers m'expliquaient que si quelqu'un entreprend un traitement uniquement dans le but de faire plaisir à un tiers, la thérapie n'aura pas le même effet que chez quelqu'un qui souhaite réellement le faire, et devenir abstinent par la suite. Le risque de rechute sera plus élevé si une motivation au changement est absente.

Daniel explique clairement ce phénomène durant l'entretien : « *Si on fait le traitement à [institution X] de manière forcée ce n'est pas bon quoi. Donc il m'a dit « Oui je veux... je fais [institution X] pour vous faire plaisir » puis quand il ressort il reboit quoi. Parce que ceux qui sont volontaires, ils ont... comment dire, ils veulent plus s'en sortir qu'eux quoi. Que certaines personnes.* ». Cette constatation de client est très pertinente.

Ce phénomène a été soulevé dans ma partie théorique dans le paragraphe 3.8.3 *Les raisons possibles d'une rechute* où j'ai présenté les différentes raisons qui pousseraient une personne à reconsommer. Une, en particulier, m'intéresse : celle que l'on nomme la « Fausse rechute ». En effet, cette raison de rechute montre que si la personne entreprend une thérapie pour faire plaisir à un tiers, et qu'elle n'est absolument pas prête à changer quoi que ce soit dans son attitude, le risque de rechute sera plus élevé après le placement stationnaire. (Pellegrini, 1994). À sa sortie, elle va peut-être tenir un court moment sans alcool, mais dès que l'envie lui viendra elle ne va pas s'en priver. Léo explique : « *Si la personne elle n'a pas envie de travailler, moi je ne peux pas faire mon boulot correctement, [...]* ». Donc, l'implication du client joue un rôle décisif dans la thérapie.

Je pense qu'il est important de nommer la théorie de Prochaska et DiClemente⁴⁵ en lien avec ce phénomène. (Prochaska et DiClemente, 1984). En effet, selon la phase dans laquelle se trouve le client, il ne sera également pas possible pour lui de débiter une thérapie. S'il n'y a, par exemple, pas de prise de conscience de sa problématique, la personne ne va pas forcément comprendre la raison du traitement. Et par conséquent, elle ne parviendra pas à changer son comportement. Philippe explique que la prise de conscience est un aspect primordial : « *[...] la prise de conscience du problème c'est relativement le plus important, on va dire étant donné qu'avant on essaye quand même de se trouver des alibis ou de nier le problème existant.* ». Dans la théorie de DiClemente et Prochaska, la personne inconsciente de son problème serait dans la phase de précontemplation. (Rahoui & Reynaud, 2006). Cette théorie pourra également aider le professionnel à savoir dans quelle phase le client se trouve. Ensuite, le professionnel va travailler sur la motivation de son client avant de pouvoir travailler sur la dépendance. Le travailleur social va par la suite tenter d'augmenter davantage la motivation de l'individu en thérapie pour passer du stade de précontemplation à un stade de préparation et, finalement, atteindre la phase de l'action. (Ibid.).

En fin de compte, le professionnel peut uniquement soutenir le client dans la démarche que ce dernier souhaite. Léo résume bien la situation : « *[...] finalement le travail ce n'est pas moi qui le fait, c'est la personne qui est en face de moi, moi je peux faire de mon mieux pour l'aider à avancer, mais au final c'est la personne qui en face de moi qui va décider d'avancer ou pas.* ».

- Le second point est la liberté individuelle. En plus de la motivation, la personne a le droit de choisir comment elle souhaite vivre sa vie. Quelle que soit sa motivation durant le traitement, elle sera libre de faire ce qu'elle souhaite lorsqu'elle sortira. Si elle veut continuer la thérapie dans un centre ambulatoire, c'est son choix. Si elle veut, malgré les discussions et les outils créés, aller boire une bière dans son ancien bar, c'est aussi son choix. Donc, malgré tous les efforts que le professionnel a mis en place pour soutenir la personne, une partie du chemin reste toujours du ressort de l'individu lui-même.

⁴⁵ Modèle transthéorique du changement ou de la disposition au changement.

Gabriel m'a dit lors de l'entretien : « [...] je pense que je fais juste mon travail. Après, j'essaie de l'influencer d'une bonne manière, mais il y a un bout qui ne m'appartient plus. ».

En fin de compte, malgré les efforts considérables ainsi que le soutien des différents professionnels pour trouver ensemble des moyens afin que la personne parvienne à rester abstinente, le risque de rechute est toujours présent. Ceci n'est pas seulement en lien avec la qualité de travail des professionnels, mais aussi en lien avec la motivation et la liberté de choix de l'individu. « On donne les outils et après c'est... il fait ce qu'il veut avec. »⁴⁶.

Je pense que le professionnel a un rôle dans la prévention de la rechute. Il est important qu'il prévienne le client que le risque de rechute existe et, qu'ils tentent de trouver ensemble des moyens pour que le pensionnaire puisse y faire face par la suite. Cependant, je suis également d'avis que si la personne ne souhaite pas d'aide ou ne prend pas en compte les risques de rechutes, par déni par exemple, c'est de sa responsabilité propre. Le travailleur social ne peut pas faire plus que ce qui est en son pouvoir. Les limites sont rapidement présentes si le client manque de motivation ou ne voit pas de problématique. Dans ces circonstances, un travail sur la motivation est incontournable avant d'aller plus loin.

Finalement Gabriel résume cette thématique de la manière suivante : « Je sais que le fait d'en parler, de prendre ça en entretien, de reprendre ça dans les groupes c'est quelque chose qui va leur être utile, après ça leur appartient, j'allais dire. C'est eux qui se mobilisent ou pas, qui font le travail ou pas. Nous on leur en parle, parce qu'on sait que c'est important. On insiste beaucoup là-dessus, mais après ça leur appartient de faire ce job-là. Ça, on ne peut pas le faire à leur place quoi, c'est clair. ».

2.1.7 Conclusion en lien avec la première hypothèse

Il est temps de faire le point quant à la première hypothèse. Pour rappel, l'hypothèse est la suivante : *Meilleur sera le travail sur la prévention des rechutes dans les centres stationnaires, moins les risques de rechute seront présents.*

Il est possible de répondre par l'affirmative à cette hypothèse. Effectivement, j'ai constaté dans un premier temps que le service stationnaire avait comme but d'extraire momentanément les personnes de leur contexte de vie. En les sortants de leur environnement social, ils sortent également de leur consommation. Cette première étape permet de dire qu'il y a une protection importante des personnes alcooliques. Cependant, les pensionnaires ne sont pas protégés à tous les niveaux. Léo rappelle que « [...] l'idée ce n'est pas non plus de les protéger à tout prix, sinon on ne les prépare pas comme il le faut pour leur sortie. ». J'ai écrit dans le paragraphe 2.1.2 *Rôle du service stationnaire*, que ce cadre protecteur est un endroit idéal pour travailler sur la dépendance. Les pensionnaires se trouvant dans une institution ne sont plus confrontés directement à leur problématique et, par conséquent, ils ont le temps, ainsi que l'encadrement pour travailler sur ce thème. Pour cela, les professionnels utilisent différents outils théoriques et pratiques. Ces derniers leur permettent de soutenir les personnes dans leur démarche vers l'abstinence, tout en construisant d'autres aspects avec eux. Toutefois, il faut être conscient que malgré une aide et un soutien, les professionnels ne sont pas tout puissants. Il existe des limites telles que la motivation du client ainsi que la vision qu'il a de la situation dans sa globalité (liberté individuelle).

⁴⁶ Extrait d'entretien Léo.

En conclusion, oui une bonne préparation des pensionnaires au sujet de la rechute est primordiale et peut permettre d'éviter des rechutes. Mais il ne faut pas oublier que l'individu joue également un rôle important dans les risques potentiels d'une rechute, puisqu'il a sa part de responsabilité.

2.2 Prévenir les rechutes grâce à un suivi régulier dans le service ambulatoire

Rappel de l'hypothèse :

Les travailleurs sociaux travaillant dans un service ambulatoire parviennent mieux à prévenir les rechutes grâce à un suivi régulier.

Cette hypothèse soulève différentes questions : le but du suivi ambulatoire, les moyens que ce service possède pour soutenir les ex-pensionnaires et les avantages et inconvénients du service ambulatoire. De ces questions découlent la thématique de la durée de traitement, ainsi que celle de la régularité des entretiens.

2.2.1 Rôle principal du service ambulatoire

Connaître l'utilité du suivi ambulatoire permettra de répondre en partie à l'hypothèse mentionnée ci-dessus.

Dans l'analyse de l'hypothèse 1, je présente le centre résidentiel comme étant un lieu très protecteur. Il y a toujours quelqu'un de présent lorsque ça ne va pas et les pensionnaires ne sont plus dans un contexte de consommation. Or, quand ils sortent, les ex-pensionnaires ne sont plus dans ce cocon, ils se retrouvent face à la dure réalité dans leur ancien contexte entouré d'alcool.

Enzo, un des deux professionnels du centre ambulatoire, m'explique durant l'entretien, pourquoi, d'après lui, le risque de rechute est si grand à la sortie du traitement stationnaire. Il nomme d'ailleurs ce phénomène le « syndrome du dentiste ». D'après lui, lorsqu'un individu sort de chez le dentiste après un traitement, il va automatiquement « voir » avec sa langue ce qui se passe dans sa bouche et comment est sa dent. Le professionnel me dit que c'est exactement la même chose chez les personnes alcooliques ayant fait un traitement stationnaire. Les gens ayant soigné leur alcoolisme vont avoir les mêmes réflexes que les personnes sortant de chez le dentiste. Enzo raconte : « [...] je vais vérifier si la molécule d'alcool, elle fait le même effet qu'avant. ». Les ex-pensionnaires vont donc rapidement reprendre de l'alcool pour percevoir quel(s) effet(s) il leur procure après le traitement. D'après lui « [...] c'est humain. Seulement, quand on parle vraiment de problème parce que là on est sur des gens qui sont malades et on sait bien que si on va remettre la molécule d'alcool ou bien si on va remettre du chocolat sur la dent... la carie elle va recommencer. ». Finalement, pour Enzo, ce phénomène fait tout simplement partie du processus d'abstinence.

Ce phénomène de vouloir tester sa capacité à tenir face à l'alcool est une thématique abordée dans mon travail au paragraphe 3.8.3 *Les raisons possibles d'une rechute*. Ce que décrit le professionnel est exactement ce que présentent Pellegrini et Hillemand dans leurs livres. Je constate, que l'humain ressent le besoin de tester ses compétences face à l'alcool (Pellegrini, 1994) dans l'espoir que tout se passe bien et qu'il puisse reboire de manière socialement acceptée. (Hillemand, 1999). C'est pourquoi le centre ambulatoire a toute son importance. En effet, un des buts principaux de ce service est justement d'éviter que les personnes cherchent à se tester.

Les professionnels vont dans la mesure du possible accompagner ces individus dans leur quotidien et vont « [...] *faire le pont entre ce qu'il était et ce qu'il devient là, un individu à part entière.* ».⁴⁷ Les professionnels travaillant dans un centre ambulatoire vont suivre la personne par des entretiens, dans le but que la transition entre le cocon et la réalité ne soit pas trop abrupte.

Philippe ajoute un autre rôle intéressant au service ambulatoire. Il voit ce service comme « une piqûre de rappel ». Il considère que c'est important de se rappeler de temps en temps qu'il a des problèmes avec l'alcool. Ceci lui permet justement de ne pas vouloir se tester. C'est un moyen de se souvenir que l'alcool est tabou pour lui et qu'il est en quelque sorte moins fort que ce produit. En conséquence, par le simple fait d'aller à ces rendez-vous, le client est moins tenté de se trouver dans le système du « syndrome du dentiste ». Il va alors peut-être pouvoir éviter dans un premier temps une rechute potentielle. Cependant, j'ai présenté dans le paragraphe 3.8.3 *Les raisons possibles d'une rechute*, que différentes raisons poussaient l'individu à reconsommer de l'alcool. Le fait d'aller voir un conseiller pour se souvenir de son impuissance face à l'alcool ne permet pas d'éviter tous les risques de rechutes.

Pour Daniel, le service ambulatoire est perçu comme une béquille : c'est un soutien face à sa maladie. Il pense que discuter de certaines choses avec le professionnel permet parfois de renoncer à reprendre un verre d'alcool, comme il l'aurait peut-être fait auparavant. Grâce à une bonne communication, les risques de rechute pourraient donc être plus faibles.

En entendant ces deux opinions, je me suis rendu compte de l'importance pour les expensionnaires d'aller parler au conseiller car cette démarche pouvait avoir un impact sur les rechutes potentielles. En effet, ceci leur permet de se rendre compte qu'ils ont un problème avec un produit psychotrope et qu'il faut qu'ils capitulent, comme le dit bien le principe des Alcooliques Anonymes. La première chose qu'un individu doit faire selon le principe des AA est admettre qu'il a perdu face à l'alcool et qu'il ne fait pas le poids. D'après ces derniers, c'est déjà un premier pas vers l'abstinence totale. (Daepfen, 2003).

Au final, l'utilité principale des services ambulatoires est de rappeler aux clients « [...] *d'où ils viennent et puis où ils ne veulent surtout pas retourner.* »⁴⁸. Le second rôle du service est de faire le pont entre un centre très protecteur où l'alcool est absent, et la réalité quotidienne où l'on trouve de l'alcool à chaque coin de rue.

Je suis d'avis que ce rappel est primordial pour les individus sortant d'une thérapie. Durant leur placement, les personnes ne risquent pas de l'oublier car la thématique de l'alcool est abordée quotidiennement. Lorsque les pensionnaires sortent de ce traitement, tout peut bien se passer pendant un certain temps puisqu'ils ne ressentent peut-être plus le besoin de boire. Mais, peu à peu, l'oubli de leur problématique peut laisser place à l'envie de tester leur résistance et les risques de rechutes réapparaissent. Se rendre de temps en temps chez un professionnel du domaine permettrait justement au client de se rendre compte sur la durée qu'il a un problème avec l'alcool. Toutefois, d'autres aspects entrent en jeu, tels que le « nouveau » contexte de vie de l'individu, le suivi par le conseiller, etc. Le risque de rechute n'est donc pas totalement exclu.

2.2.2 Les moyens du service ambulatoire

Après avoir vu le rôle principal du service ambulatoire, il est temps de décrire la procédure de travail des professionnels travaillant dans le service ambulatoire.

⁴⁷ Extrait d'entretien Enzo.

⁴⁸ Extrait d'entretien Garbiel.

Il faut se rappeler qu'une partie des personnes se trouvant dans un service ambulatoire sont passées par un centre stationnaire auparavant. En effet, j'ai décrit dans le paragraphe 2.1.2 *Rôle du service stationnaire*, que ces derniers sont adaptés pour les personnes écorchées par l'alcool et qui vivent, en quelque sorte, en décalage avec la société.

Concernant la procédure de travail, Christophe me rappelle un point qui est pertinent et que j'avais négligé : « *Pour deux intervenants différents, tu auras deux interventions différentes. On a chacun notre grille de lecture, on a chacun notre manière de bosser, notre manière d'avancer [...].* ». Cette affirmation est totalement correcte, mais je pense que malgré une prise en charge qui peut différer entre travailleurs sociaux, les théories ainsi que les concepts sur lesquels ils se basent sont les mêmes. Et c'est effectivement un aspect que j'ai pu confirmer en constatant avec quels outils ils travaillent. Les deux professionnels du centre ambulatoire m'ont parlé de la roue du changement de Prochaska et Diclemente et m'ont expliqué l'importance de présenter cette roue aux clients pour qu'ils sachent où ils en sont, mais également ce qui peut encore se passer. De plus, les travailleurs sociaux m'ont également parlé de l'importance de la phase de maintenance. Pour les clients venant du service stationnaire, l'ambulatoire permet de prolonger ce qui a été développé durant la thérapie. Durant cette phase de maintenance, le phénomène de la rechute est abordé pour que les clients n'aient pas honte s'ils y sont confrontés. Pour Enzo, il est primordial de parler de la reconsommation car, si cette thématique n'est pas claire pour les ex-pensionnaires, ils risquent d'avoir honte et de ne plus avoir le courage de revenir aux entretiens. Ce qui pourrait bien entendu aggraver encore davantage la rechute de l'individu. Les récits de ce professionnel nous montrent que la perception de la rechute a une grande importance pour la suite de la thérapie. Si la rechute n'est pas prise au sérieux, elle peut finir en déchéance totale. Cette aggravation peut également subsister si l'on perçoit la rechute comme un échec. (Pellegrini, 1994). D'où l'importance, d'après Enzo, d'en parler et de la voir comme une phase allant dans le processus de l'abstinence.

Ensuite, Enzo m'a également fait part de l'importance de poser des objectifs : « *Donc, ce qu'il faut..., ce qui est très important c'est de définir clairement au départ des objectifs [...].* ». D'après lui, poser des objectifs, permet à la personne, ainsi qu'au professionnel, de voir dans quelle direction ils vont. Ils permettent également aux deux parties de ne pas s'épuiser à faire des choses sans réellement connaître les intentions de ces différentes actions. Il faut cependant que les objectifs fixés soient un accord entre les deux parties. Enzo explique bien que « *[...] si moi j'ai les objectifs là et puis lui il a les objectifs-là, ou bien l'inverse, qu'importe* » ceci peut amener à un Burn-out ainsi qu'à un épuisement pour le client. Cette fatigue peut avoir pour conséquence la rupture de contact avec l'institution ambulatoire. Ceci pourrait influencer, par la suite, le comportement du sujet vis-à-vis à l'alcool. En effet, si son principal soutien n'existe plus alors que l'individu n'est pas encore en mesure de tenir seul le coup, il est fort probable qu'une reconsommation soit inévitable. Finalement, si la personne n'est pas en mesure de faire face seule au quotidien et de manière constante, cette interruption du traitement peut dans certains cas mener l'individu à des situations à risque.

Le même professionnel me signale un dernier aspect : celui de la durée du traitement. Il est important de définir des objectifs et normalement, un objectif doit être SMART⁴⁹ : ce qui implique qu'il doit être spécifique, mesurable, adapté, réaliste et temporaire.

⁴⁹ Ecole polytechnique de Zürich :

http://www.evalguide.ethz.ch/project_evaluation/prov_eval_instr/conception_layer/goals/s_m_a_r_t_objectives_FR (Consulté mars 2013).

Or, le professionnel pense que trop de fois l'aspect de la durée est oublié et que cet oubli peut avoir un lourd impact sur l'accompagnement du client. En effet, le risque de dépendance entre les deux protagonistes peut s'installer sur la durée, « [...] ils deviennent dépendants de nous et nous dépendants de lui. »⁵⁰. Enzo explique ce phénomène par un exemple qui me semble très pertinent : « Et quand les clients partent en même temps que l'intervenant, je me dis : « oulalala ». ». On comprend par là que si les gens sont uniquement reliés à leur conseiller, il n'y a plus rien qui les pousse à continuer la thérapie. C'est pourquoi si celui-ci s'en va, ils décident également de partir et de continuer le chemin seul.

Une autre conséquence de l'absence de fixation d'une durée du traitement peut être la rupture de contact avec le client. Ce dernier s'épuise et finit par manquer des rendez-vous sans grande raison. Et d'après Enzo, « des ruptures souvent quand elles sont mal perçues, hein, elles continuent. ». Finalement, le professionnel est d'avis que de travailler sur cet aspect peut éviter des rechutes. Il finit cette thématique par : « Je pense que de travailler là-dessus évite vraiment la rechute. ».

Je pense également que la mise en place d'objectifs, ainsi qu'une estimation du terme du traitement, peuvent faire éviter une lassitude et finalement une rupture de contact. La conséquence principale d'une telle rupture précoce peut accentuer le risque de rechute. En effet, si l'individu n'est pas encore prêt à faire face seul au quotidien, mais qu'il ne voit plus de sens au traitement ou qu'il pense que le professionnel a de trop grandes attentes envers lui, il préférera partir.

En fin de compte, il me semble que les professionnels travaillant dans le service ambulatoire ont une quantité importante de moyens pour soutenir la personne dans son abstinence. Mais ces éléments ne semblent pas être pris en compte dans le suivi des clients, ce qui peut provoquer l'épuisement des deux parties et amener dans certains cas une rupture de contact qui va augmenter le risque de rechute chez l'individu.

2.2.3 Avantages et désavantages du service ambulatoire

En discutant avec les professionnels je me suis rendu compte que ce service présentait des points positifs et des points négatifs. Pour cette deuxième hypothèse, les points forts et faibles de ce service sont intéressants à développer afin de savoir si le service ambulatoire a vraiment un impact sur la rechute du client. Si oui, ceci a-t-il un lien direct avec la régularité des entretiens ? Si non, pourquoi n'ont-ils pas d'impact ?

⁵⁰ Extrait d'entretien Enzo.

Voici un tableau récapitulatif des différents éléments issus des entretiens :

Point de vue des... ⁵¹	Points positifs	Points négatifs
... professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Les entretiens ne bouleversent pas le quotidien de la personne. • La régularité des entretiens dépend du besoin du client et de son envie. • Permet de se rappeler d'où l'on vient. • Lieu de régulation. • Liens forts entre le client et l'intervenant qui devient une réelle personne de ressource. • Permet de parler à quelqu'un de ses problèmes en lien avec l'alcool ou d'autres choses. • Discute sur des choses plus concrètes. • C'est quelque chose qui dure dans le temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les clients peuvent aller à l'entretien alcoolisé. • En rencontrant la personne que de temps en temps, on ne voit pas forcément comment elle est vraiment. • Le service ambulatoire ne répond pas au téléphone 24 heures sur 24. • Il n'y a pas réellement de garde-fou en dehors des entretiens.
... clients	<ul style="list-style-type: none"> • Le client se sent en sécurité lorsqu'il sait qu'il doit aller voir quelqu'un. • Bonne piquûre de rappel. • Le client se sent bien en venant au rendez-vous. • Le client peut « vider son sac ». • Le client peut se confier à la personne. • Les professionnels sont des gens à l'écoute. • Les portes sont toujours ouvertes, en cas de difficulté. • C'est un espace individuel. Les clients ne doivent pas parler devant d'autres personnes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines personnes peuvent être en suivi ambulatoire et en même temps boire des bières après l'entretien. • En ambulatoire on peut faire ce qu'on veut. • Le service ambulatoire n'est pas assez strict.

Il ressort de ce tableau qu'il y a un nombre supérieur de points positifs. Toutes les personnes semblent être d'accord sur le fait que c'est un endroit important pour le client puisqu'il peut parler des choses qui lui tiennent à cœur, et ceci en lien avec l'alcool ou non. Il est également possible de voir que les deux parties interviewées pensent que c'est un endroit qui permet aux clients de ne pas oublier d'où ils viennent, un bon rappel pour se souvenir du problème vis-à-vis à l'alcool. Les professionnels mettent encore en avant que c'est un lieu qui permet de réguler différents points et que pour certains clients une régularité des rendez-vous paraît importante.

⁵¹ Je sépare les clients des professionnels afin de savoir si leurs avis divergent.

En ce qui concerne les points négatifs, les professionnels constatent que le service ambulatoire n'est pas atteignable 24 heures sur 24. Les deux groupes prétendent qu'il y a une grande liberté de choix de la part du client dans le suivi.

D'après moi, tous les points positifs nommés ci-dessus permettent au client d'avoir un soutien dans la prévention des rechutes. Effectivement, l'écoute et la confiance me semblent être des éléments importants. Lorsqu'une personne ne se sentira pas bien, elle osera prendre son téléphone et appeler son conseiller pour lui parler de sa situation actuelle et de ses peurs par exemple. Ces aspects positifs posent un cadre rassurant pour la personne et l'encourageant à venir lorsque ça ne va pas.

Les aspects négatifs mentionnés sont à mon avis également pertinents et peuvent avoir un impact sur le client en lien avec les rechutes. La confiance entre client et professionnel, ainsi que la régularité des entretiens, ne me semblent pas suffisantes pour éviter les rechutes. Si le service ambulatoire n'est pas atteignable en tout temps, la personne ne saura peut-être pas vers qui se tourner pour parler de sa problématique. Lors de situations difficiles, le risque de rechute est alors élevé. D'après les entretiens, un grand nombre de clients semblent pourtant disposer d'assez d'autres personnes ressources à qui faire appel lors de difficultés. Daniel, par exemple, peut compter sur sa famille, Alexandra sur sa fille. Mais malgré la présence de leurs proches, les clients interviewés m'ont tout de même dit qu'ils préféreraient parler avec un professionnel. Jean-Paul affirme qu'il ne souhaite pas parler avec sa femme de certains sujets : *« Avec le suivi, disons que ça m'aide à pouvoir discuter si j'ai un problème, parce que je sais que je ne peux pas discuter de ça par exemple avec ma femme, parce qu'il y a des choses que je peux lui dire et d'autre que je n'ai pas envie, parce que je sais que ça va l'inquiéter pour rien, tout ça donc... »*. Désormais, il faudrait savoir si, malgré leur résistance à parler de certaines thématiques avec leurs personnes ressources, ils trouvent des moyens pour faire face aux lacunes du service afin de ne pas rechuter. Après les avoir écoutés, je pense que les clients sont préparés à des situations telles que la fermeture du service pendant la nuit, et qu'ils savent où se tourner en cas de besoin.

Le service ambulatoire a donc des moyens qui permettent aux clients de ne pas rechuter dans un certain nombre de cas. Il est important de bien les préparer aux risques de rechutes et de les informer qu'il n'existe pas que ce service-là en cas de problème ou de situations difficiles. Plus les clients seront informés, mieux ils parviendront à avoir des outils en mains et mieux ils parviendront à gérer des situations qui seront difficiles, comme le décrit finalement Marlatt. (Körkel & Schindler, 2003).

2.2.4 Régularité des entretiens

Depuis le début de mon travail, je me suis constamment demandé si la régularité des entretiens avait une influence sur la rechute. C'est pourquoi j'ai posé la question suivante aux clients : *quelle est la régularité des entretiens avec votre conseiller ?* Les réponses furent unanimes. Au début de la thérapie dans le service ambulatoire, les entretiens sont réguliers et assez fréquents. Une à deux fois par mois selon les clients. Tous m'expliquèrent qu'au fil du temps les rendez-vous restent réguliers, mais sont de plus en plus espacés.

Durant mon travail, j'ai perçu que le rôle du service ambulatoire pour les personnes sortant d'une thérapie institutionnelle était la maintenance. Durant la période de désaccoutumance, les clients ont appris énormément de choses leur permettant de faire face à des situations liées à l'alcool dans leur quotidien. Toutefois, ces techniques ne semblent pas être encore des automatismes.

C'est pourquoi, les professionnels de l'ambulatoire tentent de travailler sur ces outils : c'est un vrai travail de maintenance qui a lieu. Après un certain temps, les rendez-vous peuvent progressivement s'espacer car la situation de la personne devrait se stabiliser.

De plus, elle doit désormais intérioriser les outils appris et en discuter, par la suite, avec le professionnel. D'après moi, les entretiens se poursuivront tout de même pour deux raisons. Tout d'abord, avoir quelques rendez-vous permet de diminuer les risques du « syndrome du dentiste ». Ces entretiens permettent de rappeler aux ex-pensionnaires qu'ils ne sont pas guéris et que l'alcool est toujours une menace. Le second point est de faire une transition légère entre le service ambulatoire et la confrontation en solitaire avec le quotidien. À l'occasion de ces rencontres, le professionnel peut évaluer si le client est sur la bonne voie ou, au contraire, s'il a tendance à retomber dans ses mauvaises habitudes.

Si la personne et son intervenant sont dans une phase où les entretiens deviennent de plus en plus espacés, il est possible de revenir en arrière. J'ai signalé le fait que les entretiens devenaient de moins en moins fréquents au fil du temps, dans le but de détacher peu à peu le client du service ambulatoire. Or, si les deux protagonistes jugent que ceci n'apporte rien de bon, il est tout à fait possible de refaire des entretiens de manière plus régulière. Il est également imaginable que même si la phase de détachement se passe bien, la personne rechute pour des raisons inconnues (voir le point 3.8 *Les rechutes*). Et de ce fait, des entretiens réguliers doivent à nouveau avoir lieu.

En fin de compte, je constate qu'il existe une régularité dans les entretiens que ce soit avec des entretiens très rapprochés ou des entretiens moins fréquents. Et la raison du rapprochement ou de l'espacement des entretiens est essentiellement due à la phase dans laquelle se trouve le client.

2.2.5 Conclusion en lien avec la deuxième hypothèse

Pour répondre à ma deuxième hypothèse, je suis passée par différents points. Or, je ne suis pas certaine de pouvoir répondre de manière très détaillée à l'hypothèse, qui je le rappelle est la suivante : *Les travailleurs sociaux travaillant dans un service ambulatoire parviennent mieux à prévenir les rechutes, grâce à un suivi régulier.* Je pense que pour répondre à cette hypothèse, il me faudrait des chiffres qui puissent soutenir ou non mes dires. Malheureusement, je n'ai aucun chiffre concernant les rechutes en lien avec la régularité des entretiens. Le seul constat chiffré que je peux faire est mon observation avec les clients interrogés. J'ai interviewé quatre individus ayant tous fait une thérapie dans un centre stationnaire et se trouvant actuellement en suivi ambulatoire. Sur ces quatre personnes, une seule a rechuté malgré la régularité des entretiens. Toutefois, cette information ne me semble pas constituer une statistique fiable étant donné la taille de cet échantillon. De plus, aucune personne ne semble être dans la même phase de la thérapie ce qui fausse encore davantage des résultats difficilement comparables.

En fin de compte, je me rends compte que les professionnels tentent au travers de leurs outils et de leur fonctionnement institutionnel de tout mettre en place pour que le client soit en mesure de faire face à une situation à risque. Toutefois, certains outils, tels que la formulation d'objectifs ou la fixation d'une durée de traitement, semblent ne pas être utilisés par tous les professionnels. J'ai expliqué dans la partie théorique que différentes causes pouvaient être la raison d'une rechute. La régularité des entretiens ne peut pas en être le seul motif même si pour certaines situations, elle peut y contribuer. En bref, il est possible pour moi que la régularité des entretiens soit un facteur parmi d'autres, dans une situation bien précise, qui pourrait mener à une rechute.

2.3 Rechutes évitées grâce à une méthodologie de travail

Rappel de l'hypothèse :

Les travailleurs sociaux parviennent à prévenir les rechutes possibles de leurs clients grâce à des outils de travail efficaces.

Avec cette hypothèse, je m'intéresse principalement aux outils thérapeutiques que les professionnels du centre résidentiel et du service ambulatoire utilisent et j'analyse dans quelle mesure ces instruments de travail ont un impact pour prévenir les rechutes chez le client.

2.3.1 Travail en réseau

Le travail en réseau semble être un outil constamment utilisé par les professionnels, ainsi que par les ex-pensionnaires. Durant chaque entretien, le sujet fut abordé sans que la question ait été posée. La thématique fut tout particulièrement traitée dans l'entretien avec Enzo. Ce travailleur social, actif actuellement dans un service ambulatoire, me fait comprendre que le travail en réseau est primordial pour accompagner une personne dans son quotidien dès la sortie du service stationnaire. Il me présente différents aspects qui éclairent l'importance du réseau. Afin d'imager son explication, Enzo raconte qu'au terme du traitement résidentiel, les clients sont comme les vaches et les veaux qui peuvent enfin sortir de l'étable au printemps. D'après ses observations, ces derniers n'ont qu'une envie : celle de sortir et d'aller dans la prairie. Les ex-pensionnaires font exactement la même chose : ils sortent du centre stationnaire en courant pour aller se tester, ce qui me ramène au principe du dentiste présenté précédemment. Dans ce contexte, le réseau va permettre à la personne de ne pas sortir en courant. L'encadrement professionnel aidera l'individu à quitter le Centre tout en étant conscient de sa problématique. Enzo évoque aussi un second aspect en lien avec le réseau. D'après lui, un réseau professionnel « [...] ce n'est pas de se mettre à quinze autour d'une table, puis de parler de la personne. ». D'après lui, le réseau « c'est pouvoir communiquer rapidement, entre nous, par rapport à une personne, en sachant qu'elle est au courant, hein. Chacun dans sa fonction peut aider la personne qui a un hyper sérieux problème. ». Je constate en écoutant Enzo qu'un réseau, s'il est utilisé de manière correcte, peut être fondamental dans un suivi ambulatoire. Le travail en réseau est comme un mur invisible pour cadrer la personne dans son quotidien. Il est d'avis que le service ambulatoire ressemble à celui du stationnaire, hormis le fait qu'il n'y a pas de véritable mur pour protéger le client. Ceci permet à l'individu d'avoir un espace pour se confronter seul au quotidien, tout en étant soutenu en cas de problèmes par différents professionnels.

Pour ce travailleur social, il est clair que le suivi ambulatoire est important pour faire la transition entre le Centre stationnaire qui protège la personne durant son traitement et le quotidien réel dans lequel le client a suffisamment de situations à risques pour se sentir déstabilisé. Le rôle de pont entre service stationnaire et ambulatoire peut être à nouveau évoqué dans ce contexte. Le groupe professionnel doit en effet être très présent à la sortie du client. Puis, il devrait s'éloigner de plus en plus pour qu'après un certain temps le réseau ne soit plus qu'un arrière-fond.

Au final, je perçois d'après les dires de ce travailleur social que les professionnels ont plus d'impact lorsqu'ils travaillent en réseau : ils entourent la personne d'un mur invisible et sont un soutien constant pour elle tout en représentant un mélange de professions. Or, d'après moi, comme décrit dans le point 2.1.6 *Est-il possible d'éviter une rechute*, le client joue également un rôle important dans ce travail en réseau.

En effet, s'il ne va pas chercher de l'aide auprès des personnes qui l'entoure, les professionnels ne pourront pas le soutenir correctement.

Si l'on compare le soutien dans le centre résidentiel et celui du service ambulatoire, le centre stationnaire offre l'avantage d'avoir des professionnels constamment présents. D'après Gabriel « *On a le temps de pouvoir bien observer les gens, on voit comment..., on a un peu plus de temps pour voir comment ils fonctionnent, leurs manières d'interagir.* ». Les professionnels travaillant dans ce service semblent être plus proches de leurs pensionnaires. Grâce à ce contact, ils peuvent percevoir l'état de la personne et, ensuite, agir en fonction de la situation. Il est bien entendu que le travailleur social dans le service ambulatoire va également jauger le client durant l'entretien, mais durant les temps libres, le professionnel ne sait pas dans quel état se trouve l'ex-pensionnaire. Il est donc important, d'après moi, de créer un lien de confiance afin que le client ait le courage de venir chercher de l'aide.

2.3.2 Les outils de travail des professionnels du service ambulatoire

J'ai déjà abordé les outils de travail des professionnels du centre résidentiel dans le paragraphe 2.1.3 *Outils des professionnels travaillant dans le service stationnaire*. Je me penche ici sur les outils des professionnels de l'ambulatoire.

J'ai expliqué que le service stationnaire s'appuyait surtout sur la théorie cognitive et comportementale (Deappen, 2003), les Alcooliques Anonymes (Ibid.), le programme du Minnesota (Danis, 2000) ainsi que sur la théorie de Marlatt et Gordon (Körkel & Schindler, 2003). Toutes ces théories permettent d'aborder la thématique de la rechute, ainsi que de préparer le client à la vie réelle lors de sa sortie du centre stationnaire. Comme je l'ai écrit dans l'hypothèse 1, tous ces outils peuvent éviter à la personne des rechutes potentielles. Cependant, si la personne ne fait pas un effort pour utiliser ces outils, le professionnel aura beau vouloir la soutenir, il ne pourra pas le faire.

Les professionnels travaillant dans le service ambulatoire semblent utiliser d'autres outils de travail. Les deux professionnels (Enzo et Christophe) me présentent la roue du changement de Prochaska et DiClemente (Rahoui & Reynaud, 2006). Cet instrument de travail permet aux clients, ainsi qu'aux professionnels, de pouvoir se situer et de travailler en fonction de là où l'ex-pensionnaire se trouve au niveau de la thérapie. D'autres théories, telles que la théorie cognitivo-comportementale (Deappen, 2003) ou la théorie Rogerienne (Zimring, 2000) sont utilisées pour soutenir la personne dans ses démarches de maintien de l'abstinence. Comme pour le service stationnaire, je crois que des limites sont posées aux professionnels. D'après eux, les clients ont également une grande part de responsabilité au niveau de la rechute. Le professionnel peut préparer la personne au risque potentiel de rechute et utiliser les outils décrits ci-dessus, ainsi que l'accompagner dans les moments difficiles. Mais, le client doit prendre les choses en mains afin de pouvoir faire face à ce qui l'entoure, que ce soit grâce aux outils reçus, ou aux professionnels qui le soutiennent.

Finalement, malgré les outils de travail des professionnels, ces derniers semblent ne pouvoir pouvoir que partiellement prévenir les rechutes potentielles de leurs clients.

2.3.3 Procédure de travail

2.3.3.1 Procédure de travail dans le service stationnaire

Les deux professionnels travaillant dans le service stationnaire me présentent quasiment la même procédure de travail. Léo m'explique qu'au premier entretien avec le pensionnaire, il se prend du temps pour comprendre toute la problématique en lien avec la dépendance.

Il explique : « [...] le premier entretien, [...] moi je leur demande toujours un petit peu de me raconter leur parcours. ». En plus de vouloir connaître le parcours de vie du client, il tente en même temps de créer un lien de confiance. C'est uniquement par la suite qu'il va commencer à parler d'alcool avec l'individu et ceci avec les outils présentés au point 2.3.2 *Les outils de travail des professionnels du service ambulatoire*. Léo aura tendance à poser les questions suivantes : « [...] quelles sont les situations à risques ? Quelles sont les situations où tu [...] pourrais être tenté de consommer de l'alcool ? ».⁵² Toutes ces questions se rapprochent de la théorie cognitivo-comportementale qui consiste, comme présenté dans le paragraphe 3.7.1 *La thérapie cognitive et comportementale*, à repérer les situations à risques, à apprendre à faire face à ces situations, ainsi qu'à développer des outils permettant de les gérer. (Deappen, 2003).

Le second professionnel, Gabriel, ne me présente pas sa procédure de travail du premier entretien, mais il m'explique en détail sa manière de procéder durant les entretiens individuels en général. Il dit qu'il cherche tout d'abord à découvrir avec le client toutes les situations à risques qui pourraient se présenter à lui. Il identifie avec le pensionnaire ce que peuvent procurer ces situations, quelles émotions ou pensées peuvent apparaître. Par la suite, il tente avec le sujet de trouver des outils qui vont lui permettre de faire face à ces contextes difficiles. Lorsque quelques moyens ont été créés et mis en place, les pensionnaires les testent lors de petites sorties le soir ou encore les weekends lorsqu'ils peuvent rentrer chez eux. Ces moments où le client se trouve seul face à différentes situations à risque lui permettent, dans un certain nombre de cas, de voir si les outils sont efficaces ou non. Si les outils ne sont pas efficaces car ils n'ont pas suffi pour stopper le pensionnaire dans ses démarches de reconsommation, ils seront retravaillés et/ou d'autres seront créés. De plus, le professionnel va analyser les situations avec le client afin de voir ce qui n'a pas joué et les émotions qui sont apparues. Tout ceci se fait lors de la période du placement dans l'espoir que le client, ainsi que les outils, soient prêts à la fin du traitement. Voici comment Gabriel me décrit ce qu'il fait durant les entretiens individuels : « [...] c'est d'identifier un petit peu les situations à risque donc, quelles situations vont mettre la personne en danger, je ne sais pas, aller dans tels ou tels bistrots, ou voir telles ou telles personnes, avoir telles ou telles émotions. Enfin c'est vraiment une grande palette comme ça, un peu différente par rapport à... d'une personne à l'autre. Donc c'est d'identifier ça, de voir quels comportements, quelles émotions découlent par rapport à ces situations. Nous on fait beaucoup de thérapie cognitive et comportementale, on part d'une situation, on regarde qu'est-ce que ça procure comme émotion, quelles pensées on a par rapport à cette situation et quels comportements va en découler et puis on va travailler un petit peu sur ces pensées pour modifier les comportements. Donc ça veut dire que du moment où la situation a été identifiée, on sait comment on réagit, donc on appréhende mieux la situation soit on l'évite soit on a d'autres moyens de la vivre et puis on expérimente comme ça petit à petit, puis on va la tester à l'extérieur voilà. On met en place des outils par rapport à ces situations à risque. ».

Au final, les deux professionnels m'expliquent que durant les entretiens individuels, l'alcool est régulièrement un sujet abordé, mais d'autres sujets peuvent aussi être thématiques. En effet, la consommation d'alcool est souvent liée à d'autres aspects de l'existence qu'il faut également aborder car ils font partie de la problématique.

⁵² Extrait de l'entretien de Léo.

En plus de ces procédures des entretiens individuels, il y a également les discussions en groupe. Dans cette institution, il existe différents groupes qui permettent tant aux professionnels d'aborder les thématiques qu'ils souhaitent, tant aux pensionnaires de choisir les thématiques dont ils aimeraient parler. Ces moments sont présentés par les deux professionnels interviewés comme des moments de partage d'opinions et d'expériences qui permettent à l'autre de ne pas se sentir seul dans sa situation.

Malheureusement, d'après les dires des clients interviewés, ces moments furent difficiles et pas forcément appréciés. Il ne fut pas facile pour eux de prendre la parole devant un public pour parler de leur situation personnelle. Alexandra explique par exemple : *« Bon les groupes ce n'est pas trop mon truc non plus. Je n'aime pas trop parler quoi... Dans ces groupes on entend toujours la même chose et puis c'est toujours les mêmes personnes qui parlent d'ailleurs. Et souvent on se répète, c'est toujours le même système, chaque fois, je ne trouve pas que ça avance. [...] je n'étais pas trop groupe moi. »*. Daniel me fait également remarquer sa difficulté à parler devant un groupe de personne : *« Déjà, j'ai eu de la peine à parler au groupe. Ce n'est pas évident de parler de soi devant tout le monde. »*. Je constate, en fin de compte, que la perception de la thérapie de groupe n'est pas la même entre clients et professionnels. Pourtant, pour les travailleurs sociaux, le travail en groupe semble être un aspect important de la thérapie.

Finalement, la procédure des professionnels dans le domaine stationnaire semble fortement basée sur la théorie cognitivo-comportementale dans le but de préparer les gens à des situations à risque. L'institution interviewée possède deux moyens pour soutenir la personne dans une démarche vers une abstinence totale. Le premier est la discussion en groupe et le second est la discussion individuelle. Tous ces moyens et théories utilisés par les professionnels devraient permettre à la personne de ne pas rechuter à la sortie du traitement. Or, d'après certains clients interviewés, le risque de rechute est encore présent. En effet, Daniel m'a raconté qu'il voyait régulièrement des gens qui étaient dans le centre stationnaire, en train de boire des bières dans un café. Il décrit : *« Tout le monde... ceux qui sortent là, qui font huit semaines, trois mois. Pouf ! Tu les vois au bistrot. »*.

Je pense que les moyens et théories utilisés par le service permettent bel et bien de soutenir la personne dans sa démarche vers l'abstinence, mais celle-ci doit avoir l'envie et la motivation pour vouloir rester sur ce chemin. Comme le présente Jellinek dans sa courbe en « U », les personnes qui ont touché le fond ne parviennent pas toutes à s'en sortir ou ne veulent pas toutes s'en sortir. (Gueibe, 2008). Dans la phase de réhabilitation, le client doit prendre en mains différentes choses pour qu'elles changent. (Ibid.). De ce fait, je pense que les professionnels peuvent mettre des solutions en place pour éviter une partie seulement des rechutes.

2.3.3.2 Procédure de travail dans le service ambulatoire

Les professionnels de l'ambulatoire ont uniquement un contact avec les clients par entretiens. Ces derniers, d'après les dires des clients, sont normalement régulés selon le besoin de la personne. Pour les professionnels, la régularité des entretiens est en relation avec la phase dans laquelle se trouve le client. Tout ceci aura une influence sur la procédure de travail. Je vais donc uniquement présenter les exemples et les explications que les personnes m'ont données durant les entretiens, tout ceci en étant consciente que ceux-ci ne décrivent qu'une partie de leurs procédures de travail.

Durant les entretiens, les professionnels semblent utiliser différentes théories pour apprendre à connaître la personne, pour la situer. Enzo, le professionnel du service ambulatoire, m'a présenté quelques théories employées. Il y a, par exemple, la pratique selon Rogers (Zimring, 2000), la roue motivationnelle (Rahoui & Reynaud, 2006), les outils créés par l'institution elle-même qui font le tour des différents aspects de la personne (famille, santé, travail, consommation).

Il est important de comprendre que lorsqu'une personne est transférée du service stationnaire à un service ambulatoire, il n'est pas rare que le travailleur social du service ambulatoire connaisse déjà le client. En effet, pour un certain nombre de cas, le client était déjà dans le service ambulatoire avant de rentrer dans le service stationnaire.

De plus, durant la thérapie résidentielle, il y a régulièrement des entretiens en réseau avec également la présence du professionnel travaillant dans l'ambulatoire. De ce fait, une certaine confiance devrait déjà être installée. Ce qui permet au professionnel de passer à une étape supérieure lors de la rencontre, après le placement, dans le service ambulatoire. Lorsque la personne vient aux entretiens, différents aspects sont thématiques : la consommation, les rechutes éventuelles, la situation actuelle, etc. Enzo met encore l'accent sur les objectifs et la durée du traitement. Nous l'avons vu, ce dernier donne une grande importance aux objectifs, ainsi qu'à la durée. Par la suite, tout un travail se fait sur les émotions et sur les situations à risques.

Le suivi ambulatoire fait en réalité le même travail que le service stationnaire durant les entretiens individuels. En effet, ils utilisent également la théorie cognitivo-comportementale.

2.3.3.3 En conclusion

Finalement, les deux services ne fonctionnent pas totalement de la même manière : chez le stationnaire les clients sont résidents alors que les personnes ne se rendent dans le service ambulatoire que pour une heure et ensuite ils continuent le cours de leur journée. Cependant, malgré cette différence, les professionnels semblent avoir la même idée : celle de discerner avec le sujet les situations à risque afin de trouver des outils qui lui permettront de faire face à cette situation et d'éviter une consommation d'alcool.

2.3.4 Rôle du professionnel dans un service ambulatoire

J'ai déjà abordé dans le point 2.1.5 *Rôle du professionnel dans le domaine stationnaire*, le rôle des travailleurs sociaux se trouvant dans un service résidentiel. J'avais noté que ces derniers avaient différents rôles : celui d'informer, celui d'identifier avec le client les situations à risque et, finalement, celui de trouver ensemble des outils afin que le pensionnaire puisse faire face à ces situations. Le rôle principal est de soutenir la personne à devenir et rester abstinente.

Le rôle des professionnels travaillant dans le service ambulatoire ne diffère pas énormément de celui des travailleurs sociaux du centre résidentiel. D'après Christophe, le second professionnel interrogé dans le service ambulatoire, un de ces rôles est d'informer la personne. D'après lui, il faut informer le client de ce qu'il faut faire lorsque les choses ne se passent pas comme il le faudrait, car il pense que « *plus vite l'intervention est faite mieux elle sera réalisée*. ». Le travailleur social a, dans un premier temps, le rôle d'informer les ex-pensionnaires à propos de la réaction à avoir face à une situation difficile s'ils ne parviennent pas à utiliser les outils acquis. Les individus semblent être également informés du fait que plus vite il y aura une intervention d'un professionnel lorsqu'ils ne parviennent pas à s'en sortir seul, meilleures seront leurs chances de s'en sortir.

Dans ma partie théorique, au point 3.8 *Les rechutes*, je présente différents aspects tels que les sortes de rechutes ainsi que leurs définitions et la perception de la rechute. Au paragraphe 3.8.1 *Quelques définitions*, je décris qu'il y a trois termes pour décrire une reconsommation. Mais aucun de ces trois n'a les mêmes implications. La rechute implique une reconsommation avec le risque que tous les problèmes qui existaient auparavant réapparaissent. Ce terme de rechute a un aspect moralisateur. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001). Le terme de réalcoolisation tente d'enlever le jugement posé au niveau de la reconsommation de la personne. (Ibid.), et pour finir, la notion de dérapage soulève, selon Marlatt, un nouvel aspect intéressant : la rechute n'est pas vue comme un échec, mais tout simplement comme une consommation d'alcool dans la phase de l'abstinence. (Körkel & Schindler, 2003).

Ensuite, au paragraphe 3.8.4 *Perception d'une rechute*, je présente comment peut être perçue une rechute et les influences que ces dernières peuvent avoir sur l'individu. Il n'est pas rare de voir la personne concernée par la rechute la considérer comme un échec et devoir à nouveau tout recommencer à zéro. (Pellegrini, 1994). Or, il serait préférable de percevoir cette reconsommation comme faisant partie du parcours tout en ne la banalisant pas. (Hillemand, 1999). D'après moi, l'information faite par les professionnels est bonne, mais la position qu'ils prennent face à la rechute peut avoir une influence sur le comportement du client lors d'une nouvelle consommation. La définition que le professionnel défend (réalcoolisation, rechute, dérapage) aura, à mon avis, une incidence sur les informations données au client. Si le professionnel perçoit la rechute comme faisant partie de la maladie, la personne verra sa rechute également moins dramatique. Elle ne croira pas forcément à un échec mais tout simplement comme une étape faisant partie de son rétablissement. De ce fait, informer le client semble important et peut dans certains cas prévenir des rechutes. Le point de vue du professionnel peut également avoir un impact sur le comportement du client lors de situations difficiles.

En plus d'informer les sujets des différentes thématiques en lien avec la dépendance, le professionnel a le rôle de conscientiser le client par rapport à la problématique. Il doit également conseiller, soutenir et renforcer les compétences, ainsi que les acquis de la personne. Tout ceci dans le but de permettre à la personne, après quelque temps, de pouvoir faire face de manière autonome à toute la problématique de l'alcool dans son quotidien. Pour que ces objectifs soient atteignables, le conseiller doit être clair avec le client afin que les deux protagonistes soient sur la même longueur d'onde et qu'ils avancent dans la même direction, pour atteindre les mêmes objectifs posés en commun au début de la thérapie.

Le professionnel a différents rôles dans l'accompagnement des personnes alcooliques dans le but de rendre la personne indépendante et autonome, tout en évitant les rechutes. Cependant, dans le suivi des personnes dépendantes à l'alcool, la perception que le professionnel a de la rechute semble être un point important. Selon sa vision des choses, il donnera des informations et un type de soutien différent et ceci aura une influence sur le client. Cette subjectivité du professionnel n'est, d'après moi, pas un manque de professionnalisme mais une question de valeurs personnelles.

2.3.5 Conclusion en liens avec la troisième hypothèse

Rappel de l'hypothèse 3 : *Les travailleurs sociaux parviennent à prévenir les rechutes possibles de leurs clients grâce à des outils de travail efficaces.*

Tout au long de ce chapitre, j'ai constaté que les professionnels du stationnaire ou de l'ambulatoire possédaient des outils thérapeutiques pour soutenir et accompagner un client dépendant à l'alcool. Ces outils semblent être identiques dans de nombreux cas. Ils utilisent de plus les mêmes théories et concepts dans leur quotidien. Léo explique : « *Mais dans les outils, je pense qu'on travaille un peu de la même manière, je ne pense pas qu'on soit meilleur ou moins bon que [le service ambulatoire].* ». Or le contexte professionnel est différent et ceci peut modifier, d'après moi, la manière d'utiliser les outils de travail. On peut le percevoir dans la présentation de la procédure de travail. En effet, lors de la description de celle-ci, je constate que les outils utilisés sont quasiment les mêmes, mais que la manière dont ils les appliquent n'est pas forcément identique. Le centre résidentiel n'a pas uniquement les entretiens comme moyens de prévention, il a également les discussions en groupe qui permettent de rendre les pensionnaires attentifs aux risques de rechutes potentielles. Et, par ce moyen de prévention, les outils ne peuvent pas être appliqués de la même manière. Le stationnaire a, en quelque sort, un moyen en plus pour utiliser les outils et les théories.

La question qui se pose est donc : finalement, les outils de travail des professionnels présentés dans ce chapitre permettent-ils vraiment d'éviter une rechute ? Pour ma part, la réponse est oui. Tous les professionnels dans cette institution utilisent les mêmes outils pour la prévention de la rechute. Donc s'ils n'avaient pas l'efficacité attendue, les professionnels auraient tenté de trouver d'autres outils et moyens pour accompagner et soutenir les clients dans leurs démarches vers l'abstinence totale en évitant toutes rechutes potentielles. Il est bien entendu que les risques de rechute ne sont pas à cent pour cent éliminés car plusieurs facteurs entrent en jeu. (Körkel & Schindler, 2003). De plus, la perception que peut avoir le conseiller au sujet de la rechute me semble également un facteur important qui peut influencer les comportements du client. Si le travailleur social perçoit la rechute comme négative, il va dans ses explications transmettre ses idées. Ceci pourrait influencer la personne alcoolique, malgré la position neutre que ce professionnel tente de garder. Malheureusement, cette donnée n'a pas pu être vérifiée dans mon travail. Il aurait fallu également faire des recherches quantitatives (par questionnaire) afin de savoir si la perception du professionnel, au niveau de la rechute, a une influence sur le nombre de rechutes, malgré les mêmes outils de travail utilisés.

2.4 Développement des moyens dans le service ambulatoire

Rappel de l'hypothèse :

Les clients ont de meilleures chances d'éviter les rechutes s'ils bénéficient d'un suivi ambulatoire après un placement stationnaire.

Avec cette hypothèse, je cherche à savoir si un suivi ambulatoire permet d'éviter une rechute. Est-ce que le fait d'aller parler avec des professionnels du service ambulatoire a une influence sur les potentielles rechutes du client ? Par la même occasion, les clients développent-ils dans un service ambulatoire les outils déjà créés dans le service stationnaire ou en développent-ils d'autres ?

2.4.1 Rôle des services ambulatoires

Pour débiter l'analyse de ma dernière hypothèse, il semble incontournable de développer la question du rôle d'un service ambulatoire.

Dans le point 2.2.1 *Rôle principal du service ambulatoire*, j'ai présenté le service comme une béquille, un soutien, une protection pour les personnes alcooliques sortant d'un centre stationnaire. Philippe voit par exemple ces rendez-vous avec son conseiller comme « des piqûres de rappel ». Il pense que ces entretiens lui rappellent que malgré un traitement dans un centre stationnaire et une abstinence constante, il est toujours alcoolique et qu'il est encore fragile face à ce produit.

Après avoir fait cette première constatation, je vais présenter le rôle de ces services ambulatoires. Avec Christophe, tout particulièrement, je me suis intéressée à cette question. Il m'explique que, d'après lui, ce centre a différents rôles : maintenir un lien avec le réseau qui a été mis en place durant la thérapie au sein du service stationnaire, éviter que les personnes aient une transition trop brusque entre les deux services, conseiller et consolider. Tout d'abord, Christophe perçoit le rôle de l'ambulatoire comme le maintien d'un lien avec le réseau professionnel. Cette perception me rappelle ce que disait Enzo lorsqu'il décrivait que le service ambulatoire est la même structure que le centre stationnaire. La seule différence à ses yeux était que l'un a des murs réels, tandis que l'autre a des murs transparents. Pour ces professionnels, le travail en réseau est essentiel.

Dans le paragraphe 4.2 *Les services ambulatoires*, j'avais mis en évidence que plus la personne est soutenue par des professionnels sociaux et médicaux, meilleurs seront ses chances de pouvoir tenir son abstinence. (Batel, 2006). Donc un des rôles du service ambulatoire est de maintenir au mieux le réseau professionnel afin que la personne puisse être entourée davantage, dans le but de tenir et atteindre son objectif fixé.

Ensuite, le second aspect présenté par Christophe, ainsi que par Enzo, est la consolidation. Ces deux personnes pensent que la consolidation est un point très important dans l'accompagnement des personnes dépendantes ayant déjà fait un traitement stationnaire. Ces dernières ont appris certains comportements et outils durant leur traitement dans le but d'être en mesure de vivre au quotidien sans toucher à l'alcool. Or, les choses ne semblent pas être totalement intégrées par les sujets lorsqu'ils sortent du centre résidentiel. Même si les personnes ont des sorties durant leur traitement institutionnel afin de pouvoir tester leurs connaissances, ces courtes périodes ne leur permettent pas de bien intégrer tout ce qu'ils ont appris. De ce fait, tous les gestes et les comportements ne sont pas encore bien intériorisés lorsqu'ils finissent leur thérapie. Ainsi, un suivi ambulatoire pour consolider toutes ces techniques peut-il être capital afin de pouvoir maintenir le but recherché par les ex-pensionnaires.

Gabriel met bien en avant les deux aspects que je viens de traiter, celui du réseau et de la consolidation. Il m'a expliqué durant l'entretien : « *Des fois on sort avec..., d'une manière plus confortable parce qu'on a pu mettre en place plus de choses, mais je ne crois pas que la durée du traitement à un impact là-dessus, sachant qu'on est dépendant tout le restant de sa vie, que tout le restant de sa vie va falloir être attentif à tout plein de choses, parce que finalement le produit est partout et puis émotionnellement on ne sera pas toujours égal et c'est vraiment hyper important d'avoir quelqu'un dans son réseau qui nous rappelle qu'on est dépendant.* ». À travers ces mots, je constate que la durée du placement n'a que peu d'influence sur les rechutes. Il semblerait que la personne puisse apprendre davantage de techniques, mais cela n'implique pas forcément qu'elle sera en mesure de les appliquer. La consolidation, ainsi que l'appui du réseau professionnel, sont les points importants à la sortie de la personne dans la prévention des rechutes.

Un troisième aspect présenté par Christophe est la fonction de conseiller. D'après lui, les conseils du professionnel vont permettre à la personne d'avancer au quotidien. Je pense que ce rôle est très délicat. En effet, il est bien de vouloir donner des conseils, mais ceci peut également comporter certains dangers inconscients. Ces recommandations sont, malgré la position neutre et objective que devrait avoir le professionnel, orientées par ses croyances et ses valeurs. De ce fait, je ne pense pas que tous les conseils que l'on peut donner sont un point positif pour le sujet que l'on accompagne. Toutefois, il reste un rôle important du service ambulatoire.

Enzo explique également qu'un des rôles du service ambulatoire est le contrôle. Comme il le dit : « *Contrôler dans le bon sens du terme hein.* ». Il me parle du co-controlling. Ce concept se rapproche de l'idée que se font certains clients. Ils disent que c'est une piqure de rappel qui leur permet de ne pas oublier qu'ils sont malades, qu'ils sont impuissants face à l'alcool. En allant à ces rendez-vous, ils ont un garde-fou, une sorte de contrôle sur leur consommation. Et, les professionnels ont également, grâce à ces rendez-vous, un contrôle sur la consommation de leur client.

Gabriel énonce un dernier rôle, celui de régulateur. Il m'explique que les entretiens sont également un endroit qui laisse place à d'autres thématiques. Dans ma partie théorique, j'ai expliqué que le phénomène de dépendance n'était pas uniquement lié au produit lui-même, mais qu'il pouvait être en lien avec d'autres sujets de la vie, tels que le contexte et la personne elle-même. J'ai présenté dans le paragraphe 3.6.3 les aspects biopsychosociaux de la dépendance et j'ai souligné que différents facteurs pouvaient avoir une influence sur cette dernière. (Addiction Suisse, 2013).

Finalement, je remarque que le service ambulatoire possède différents rôles primordiaux pour l'accompagnement des personnes dépendantes. L'objectif principal, qui regroupe tous les sous-rôles, est la prévention de la rechute. Tous ces rôles ont un objectif commun : éviter une nouvelle consommation au sujet. Les sous-rôles tentent de continuer un travail qui a été élaboré durant le traitement stationnaire, mais qui demande l'aide du quotidien et du temps pour que l'individu puisse être en parfaite adéquation avec la nouvelle situation. Pour répondre en partie à l'hypothèse quatre, je pense que le service ambulatoire a son utilité après le placement stationnaire et, qu'il continue un travail qui a débuté dans le résidentiel. Gabriel conclut bien ce qui vient d'être présenté : « *Enfin, en général je n'ai pas de statistiques. Le fait d'avoir un intervenant [nom de l'institution] qu'on peut aller voir en plus des autres choses qu'on a mises en place, ça permet de continuer ce travail de renforcer les comportements qui font qu'on maintient l'abstinence, travailler des nouvelles situations à risque qu'on a rencontrées, travailler sur l'émotionnel. Enfin tout ce qu'on faisait en individuel ici, que la personne n'a plus, enfin c'est de reprendre ce suivi-là finalement. Et c'est... oui c'est hyper important parce que c'est ça qui fait que les gens tiennent sur la durée.* ».

2.4.2 Outils transmis aux clients dans le service ambulatoire

Cette thématique a déjà été abordée dans l'hypothèse 1, au paragraphe 2.1.4 *Outils transmis aux clients*. Toutefois il me semble important d'en reparler pour cette hypothèse numéro quatre. En effet, dans ce chapitre je vais élaborer ce qui est transmis aux clients de la part des professionnels travaillant dans le service ambulatoire, ce qui n'était pas le cas dans le point 2.1.4 *Outils transmis aux clients*.

Dans le service ambulatoire, les deux professionnels interviewés ne pouvaient pas réellement me nommer d'outils supplémentaires transmis aux clients en plus de ceux mentionnés dans le domaine stationnaire. Ce qui pourrait laisser croire qu'ils ne développent pas d'autres outils avec les clients pour faire face à une rechute.

En effet, lorsque j'ai demandé à Enzo de me nommer des noms outils qu'il transmet à ses clients afin qu'ils puissent faire face à une situation compliquée, sa réponse fut : « *Ouais il y en a, mais moi je n'en ai pas beaucoup* ». Il ajoute : « *Le centre stationnaire [nom de l'institution] doit être plus à même que moi d'en fournir.* ». Cette affirmation me fait davantage penser que les professionnels dans les services ambulatoires travaillent sur les outils déjà créés dans le centre résidentiel. Lorsque j'ai abordé la question avec Christophe, il n'était également pas en mesure de m'en nommer. Or, lorsque je demande le rôle des professionnels dans le domaine ambulatoire, Christophe m'explique qu'il peut soutenir la personne dans ses démarches en l'informant sur sa maladie, en lui donnant des outils et des moyens qu'elle peut utiliser lorsqu'elle se retrouve seule.

Désormais, une question primordiale se pose : est-ce que ces deux professionnels n'étaient pas en mesure de me donner des exemples d'outils parce qu'ils n'ont pas conscience que les informations qu'ils donnent sont des moyens utiles dans la prévention de la rechute ? Ou est-ce que, tout simplement, ces derniers n'étaient pas en mesure de m'en nommer à cause de la spontanéité de la question ?

Personnellement, j'aurais tendance à penser que les professionnels développent avec leurs clients des outils, mais que ces derniers ne sont pas constamment conscients et nommés en tant que tels. En effet, durant leurs discours différents points, tels que la description de leur travail et leur rôle dans la prévention des rechutes, montrent qu'ils travaillent également sur la création d'outils. De plus, durant mon stage dans le domaine de la toxicomanie, j'ai pu participer à des entretiens dans lesquels j'ai également pu percevoir la création de moyens.

Durant les entretiens, aucun nom d'outil transmis aux clients n'a pu être énoncé. Mais dans leurs discours, j'ai constaté que des techniques étaient bien transmises dans le but que le client puisse faire face aux situations complexes de l'extérieur.

2.4.3 Autres soutiens

Depuis le début de mon travail, je parle uniquement du soutien professionnel, comme s'il n'en existait pas d'autres permettant de maintenir la personne dans une abstinence continue. Or, après avoir fait les entretiens avec les clients et les professionnels, j'ai constaté qu'il en existe d'autres qui fonctionnent aussi.

Durant ma recherche, j'ai pu observer les différents buts et rôles des services, ainsi que des professionnels. J'ai également remarqué qu'ils étaient d'une grande aide pour parvenir à l'objectif posé, avec quelques fois des détours. D'un premier point de vue général, les professionnels sont importants pour les clients. Effectivement, lors de questions sur leur traitement personnel, les clients me répondirent tous qu'ils ne savaient pas et qu'il fallait qu'ils demandent à leur conseiller. Alexandra me dit par exemple : « *Je ne sais pas, ça dépend de Monsieur Enzo, moi ça ne me dérange pas de rester.* ». Ou encore, la réponse de Philippe : « *[...] ces décisions quand même importantes et tout, j'en ai toujours référé à lui.* ». Ces deux exemples montrent que les clients ont une très grande confiance en leur réseau professionnel. Cependant, plus les entretiens avançaient, plus je remarquais que les personnes avaient également d'autres ressources humaines, aussi essentielles que leur conseiller. En effet, les quatre clients me racontèrent que le soutien d'un membre de la famille leur a permis d'agir contre leur maladie. Une des grandes motivations pour les clients afin de stopper leur consommation était une personne qui leur est proche.

Jean-Paul explique clairement dans son entretien qu'il a cessé sa consommation lorsqu'il a rencontré sa femme : « [...] j'ai rencontré ma femme en 2006⁵³ et puis là j'ai tout arrêté complètement. » Par cet exemple, on perçoit que la personne proche était sa femme, et que celle-ci lui a permis de changer quelque chose à son mode de consommation. Ces personnes étant pour une part les déclencheurs de leur traitement et elles les ont également soutenus durant les périodes difficiles et, encore aujourd'hui durant la phase d'abstinence. Tous les clients m'ont fait comprendre que le soutien des différentes connaissances dans leur entourage était une aide considérable pour rester abstinente. Jean-Paul explique durant l'entretien : « [...] maintenant j'ai un enfant avec elle depuis février 2007⁵⁴, [...] maintenant j'ai la motivation pour continuer. Pour ne pas replonger quoi. ». Le soutien de la famille, des amis est précieux et permet d'une manière ou d'une autre de tenir.

Or, d'après les différents discours des interviewés, il semblerait que tous les amis et les connaissances ne jouent pas ce rôle bénéfique. Certaines connaissances ne semblent pas être de bonnes fréquentations. Il s'agit principalement de relations n'ayant pas connaissance du changement dans la vie de la personne, ou d'individus qui sont également dépendants au produit et n'ont pas entrepris de thérapie.

Daniel est un des interviewés qui a fait une rechute. La raison de sa reconsommation est une soirée entre amis consommateurs. L'un d'eux ne semblait pas pouvoir concevoir la raison de l'abstinence de Daniel et il l'a poussé à consommer de l'alcool. Daniel prit finalement un verre en se disant : « [...] je vais essayer, pour voir si j'arrive à contrôler puis je n'aurais pas dû. ». Daniel n'est pas parvenu à contrôler sa consommation et a rechuté. Grâce à une intervention rapide de sa part, il est parvenu à éviter une déchéance totale. Pour lui, cette nouvelle consommation fut très mal vécue. Il fut déçu de son comportement et avait honte. Comme je l'ai présenté au paragraphe 3.8.4 *Perception d'une rechute*, il est primordial de ne pas prendre la rechute à la légère. (Hillemand, 1999). Le fait de n'avoir pas trop attendu lui a permis de rapidement se reprendre en mains. (Pellegrini, 1994). Cette situation vécue et présentée par Daniel n'est pas inconnue chez les professionnels. Ces derniers préviennent les pensionnaires du risque de fréquenter des amis consommateurs, ainsi que les anciens bistrotiers dans lesquels ils allaient boire. Les amis ne sont pas toujours prêts à accepter les changements de consommation de leur ami et les bistrotiers ne sont pas toujours au courant de la problématique. La conséquence est que le client se retrouve dans des situations difficiles et qu'il n'est pas toujours en mesure d'y faire face. Et comme le décrit Marlatt, si la situation n'est pas encore très stable dans la vie du sujet, il est fort possible qu'il n'ait pas encore assez de compétences pour faire face aux pressions de ses amis. (Körkel & Schnidler, 2003).

En bref, le professionnel a un rôle de soutien important pour donner aux clients des astuces et des moyens afin qu'ils puissent se positionner face à des situations difficiles. La famille et les amis constituent toutefois eux aussi des soutiens primordiaux pour les personnes dépendantes et ce soutien est surtout moral et psychologique. Malheureusement, toutes les connaissances ne sont pas des soutiens pour l'individu en question. Certaines personnes peuvent avoir des comportements qui vont mener le sujet à reconsommer et ceci peut dans certaines situations entraîner une rechute. Selon la théorie de Marlatt, il faut que la situation globale de la personne soit aussi stable que possible afin qu'il soit en mesure d'y faire face. (Ibid.).

⁵³ Date fictive.

⁵⁴ Idem.

2.4.4 Moyens pour éviter une rechute

Je viens de présenter l'importance du soutien des professionnels, de la famille et celui des amis, mais nous avons vu aussi que toutes les personnes entourant l'ex-consommateur ne lui sont pas bénéfiques. Durant les entretiens avec les clients, j'ai pu percevoir que ce phénomène était connu. Alexandra m'a dit : « [...] *c'est vrai que j'ai éloigné deux-trois amis qui étaient des très bons amis, mais c'était vraiment l'alcool très fort pour eux, puis ce l'est c'est encore.* ». Cet extrait illustre bien qu'elle était consciente du problème. Les autres, c'est-à-dire Philippe, Jean-Paul et Daniel m'expliquent également qu'il y a des gens qu'il valait mieux ne pas revoir. C'est à partir de cette problématique que je me suis intéressée à la question des moyens que les personnes se sont créés pour éviter de se trouver dans une situation non désirée.

Durant mes entretiens avec Daniel, Jean-Paul, Alexandra et Philippe je m'étais tout d'abord intéressée à la question des outils qui leur ont été transmis. Or, sur ces quatre personnes, une seule était en mesure de me dire quels outils lui avaient été transmis pour faire face à des situations complexes. Alexandra ne semblait même pas comprendre cette notion d'outil. Voici la réponse qu'elle me donna lorsque j'ai abordé la question : « *Ce truc-là aussi ils m'en parlaient là-bas, mais moi je n'ai jamais rien compris à ça alors...* ». Philippe m'explique que des outils lui ont été donnés, mais il ne parvient pas à les décrire. Il finit par dire que son outil pour prévenir les rechutes est le médicament Antabuse. De plus, il me présente la question des outils d'une manière très large : « *Bon après c'est très personnel on va dire. Bon, moi franchement voilà, j'ai trouvé ça par le biais de l'Antabuse.* ».

Personnellement, je ne sais pas si l'on peut percevoir l'Antabus comme un outil, mais il semblerait par contre que c'est un moyen qui lui permette de tenir son abstinence sur la durée souhaitée. Je suis un peu sceptique face à ce médicament, surtout lorsqu'une personne me dit que c'est un outil pour elle dans le but de ne pas rechuter. En effet, je me demande, si la personne n'a pas d'autres moyens pour faire face aux contextes difficiles. Comment va-t-elle gérer les situations lorsqu'elle diminuera la dose de médicament ? Surtout lorsque l'on a connaissance du phénomène biopsychosocial de la dépendance (Vouillamoz & Carron, 2012) et que ces trois aspects ont une influence sur notre manière de consommer ainsi que sur une rechute potentielle.

Jean-Paul dit n'avoir jamais obtenu quoi que ce soit au niveau des outils pour la prévention de la rechute. Il explique que la thématique de la rechute fut abordée dans l'institution dans laquelle il a suivi son traitement, et dans le service ambulatoire, mais que rien ne lui a été donné pour faire face à des situations le confrontant à sa substance problématique.

Daniel était le seul à pouvoir citer des outils qui lui ont été transmis durant sa thérapie. Il nomme la crise de calme, qu'il explique de la manière suivante : « *C'est respirer gentiment et puis penser à autre chose, en fait.* ». Le deuxième outil qu'il parvient à me nommer est le suivant : « [...] *vivre 24 heures à la fois, pas aller trop vite. Un jour après jour.* ». Ce principe provient de la méthode des Alcooliques Anonymes. En effet, j'ai pu comprendre durant ma visite chez les AA que prendre un jour après l'autre était une manière plus aisée de procéder. L'aspect de la faisabilité est plus présent lorsque les personnes visent des objectifs atteignables.

J'en reviens à la question des objectifs SMART que j'ai mentionnés dans le paragraphe 2.2.2 *Moyens du service ambulatoire*, dans lequel j'ai présenté l'importance des objectifs atteignables et réalistes⁵⁵.

Je me suis rendu compte que les personnes dépendantes ne jugeaient pas avoir reçu d'outils, ou très peu, pour faire face aux circonstances du quotidien. Je me suis donc intéressée aux méthodes appliquées pour ne pas craquer lorsqu'ils se retrouvaient seuls confrontés à l'alcool. Les réponses venaient à flots. Le terme de moyens semblait être plus parlant pour les clients. Est-ce que la notion d'outil est un terme professionnel ? Est-ce qu'ils font la différence entre outils et moyens ? Je n'ai pas de réponses à cette question. Mais, j'ai constaté que les individus sont persuadés que les moyens qu'ils ont sont de leur invention. Alexandra m'expliquait que sa technique pour ne pas se ruer sur l'alcool est de parler. Elle me dit que c'était quelque chose qu'elle avait appris durant sa thérapie en institution, mais qu'à la base, elle le savait déjà. Elle me raconte : « *Oui on en a parlé, mais c'est des choses qu'on savait, mais on les pratiquait pas dans nos petits cerveaux, voilà. Mais c'est vrai.* ». La deuxième technique qu'Alexandra utilise tout comme Jean-Paul, est d'éviter de fréquenter les anciens endroits de consommation, ainsi que certaines personnes. C'est là un bon moyen pour ne pas être confronté à des situations qui pourraient être délicates. La technique de Jean-Paul est de ne pas aller en ville sans sa femme. Il sait que s'il y va avec son épouse, il n'ira jamais dans les coins où il risque de replonger. S'il y allait tout seul, il ne pourrait pas garantir qu'il aurait assez de force pour résister. Et lorsque je demande si c'est un moyen qui a été mis en place avec des professionnels, Jean-Paul me répond : « *Non, ça j'ai trouvé tout seul.* ».

En fin de compte, je remarque que les clients n'ont pas le sentiment d'avoir pris avec eux, à la sortie du traitement, des outils pour faire face au quotidien. Ils sont toutefois parvenus à trouver des moyens qui leur permettent de soutenir leur souhait, qui est (pour les trois clients interviewés) de ne plus consommer leur produit.

Quelques questions, en lien avec cette élaboration des moyens, restent encore en suspens : est-ce grâce au professionnel que les clients sont parvenus à se créer des moyens ? Est-ce que ces moyens ont été créés dans le cadre de la thérapie sans que les clients ne s'en rendent compte ? Finalement, peu importe de savoir d'où viennent ces moyens. Ce qui compte, c'est de savoir que grâce à un suivi dans un cadre protégé et dans leur quotidien, ils ont pu développer des moyens qui leur permettent de faire face aux risques de rechuter.

2.4.5 Importance du suivi ambulatoire

En lien avec cette dernière hypothèse, il me semble intéressant de montrer l'importance des services ambulatoires d'après le point de vue des clients. Durant chaque entretien avec les ex-pensionnaires, cette question m'est venue à l'esprit. Je cherchais à comprendre pourquoi le suivi ambulatoire pouvait les aider à tenir leur abstinence ou leur démarche vers cette dernière. Je souhaitais savoir pourquoi les autres personnes de soutien, telles que la famille, les amis ne semblaient pas suffire pour atteindre leurs objectifs. Grâce aux entretiens, j'ai eu différentes réponses qui m'ont permis de comprendre l'importance du suivi ambulatoire.

Même si les raisons varient d'un protagoniste à l'autre, il faut savoir que toutes les personnes interviewées, qu'il s'agisse des professionnels ou des clients, sont persuadées de l'importance de ce suivi ambulatoire après le placement stationnaire.

⁵⁵ Ecole polytechnique de Zürich :

http://www.evalguide.ethz.ch/project_evaluation/prov_eval_instr/conception_layer/goals/smart/objectives_FR (Consulté mars 2013).

Les clients perçoivent l'importance du service surtout au niveau de la communication car malgré le soutien qu'ils peuvent avoir de leur famille et de leurs amis, ils préfèrent parler à des personnes neutres, professionnelles, et connaissant la problématique de la dépendance. Alexandra m'explique durant notre entretien : *« Voilà, c'est bien de parler avec quelqu'un qui n'est pas vraiment ton frère, ta sœur. Tu t'ouvres plus facilement. Des fois à la famille t'as peur de dire des choses, t'as peur de les blesser, leur faire du mal. C'est ça. C'est vrai quoi, parce que des fois ce n'est pas beau ce qu'on a dedans et puis tu vas répéter ça à un frère et lui il dit « ce n'est pas possible, pourquoi t'as pas dit ça plutôt ? » Je ne sais pas moi. Je n'ai pas envie qu'ils se sentent coupables. Je n'ai pas envie de faire du mal. »*. Pour elle, l'importance du service ambulatoire est de pouvoir parler à des personnes neutres à qui elle pourra raconter son histoire sans blesser un proche. Elle ajoute : *« On se sent plus en sécurité quand on a quelqu'un, quand on sait qu'on doit aller le voir. »*. D'après Alexandra le suivi ambulatoire permet dans un premier temps de protéger ses amis et ses proches de son histoire et, dans un deuxième temps, de se protéger soi-même de sa maladie en ayant en quelque sorte un garde-fou.

Les idées de Philippe à ce sujet vont dans la même direction qu'Alexandra : *« Le service ambulatoire est important [...] par le fait qu'il va garder sur vous un suivi et cette piqure de rappel par rapport au problème. Donc c'est des gens qui sont à l'écoute, [...]. Vous savez qu'il y a au moins un endroit où vous pouvez vous adresser, où la porte est toujours ouverte, ouais. Donc c'est un service qui est très important, je pense. »*. Pour lui, il est important de pouvoir parler avec des personnes qui écoutent et qui tentent de trouver des solutions. Il est possible de faire un lien avec la méthode cognitivo-comportementale utilisée par les professionnels. En effet, Philippe semble apprécier le fait que les personnes travaillant dans le domaine de l'addiction écoutent ce que le client a à dire puis travaillent par la suite ensemble sur ce qui vient d'être dit ainsi que sur les situations à risque comme le propose cette méthode.

Concernant la thématique de la famille, Philippe m'explique qu'il ne souhaite pas les impliquer dans certains de ses problèmes. D'où l'importance d'avoir des personnes neutres à qui parler : *« [...] au niveau familial d'un côté je n'ai pas envie de trop les impliquer par certains problèmes, vous voyez ? Ou alors des fois c'est mieux d'en parler à justement à une personne hors de la famille peut-être de certains problèmes, etc... et d'évoquer certains sujets. »*.

Les deux autres clients ne parviennent pas à me donner de raison permettant d'expliquer leur point de vue concernant l'importance de ce suivi. Daniel et Jean-Paul sont également convaincus que le suivi ambulatoire est utile aux ex-pensionnaires, toutefois les explications manquent pour soutenir leurs propos.

Pour les professionnels, les idées sont légèrement plus variées. Ils voient le service ambulatoire comme un service essentiel, même si deux personnes seulement sont en mesure de me donner des raisons précises quant à leur positionnement. Gabriel pense que les services ambulatoires permettent de continuer le travail qui a été fait dans le résidentiel. D'après lui, c'est ce qui permet de tenir dans la durée : *« Le fait d'avoir un intervenant [...] qu'on peut aller voir en plus des autres choses qu'on a mises en place, ça permet de continuer ce travail, de renforcer les comportements qui font qu'on maintient l'abstinence, travailler des... peut-être des nouvelles situations à risque qu'on a rencontrées, travailler sur l'émotionnel. »*. Ici, le professionnel met bien en avant la méthode qu'il utilise pour accompagner les pensionnaires. Cette dernière est la méthode cognitivo-comportementale que j'ai présentée au point 3.7 *Outils thérapeutiques*.

Christophe me livre son point de vue personnel à ce sujet: « [...] *c'est la consolidation, c'est la prévention de la rechute, c'est toutes ces choses-là, quoi. Le maintien d'un lien avec le réseau professionnel, c'est vraiment toute la réalité de la vie quotidienne quoi, qui font qu'elle doit être continuellement en alerte, le problème a été soigné pendant quelque temps, mais peut-être est encore présent. Et à nous de prendre en charge le suivi quoi.* ». Il présente les rôles de ce service afin qu'on comprenne son importance. D'après lui, le service ambulatoire permet de suivre les personnes dans leur quotidien et de continuer de faire de la prévention des rechutes.

Après avoir entendu les différentes représentations sur l'importance de ce service ambulatoire, je constate que tous les protagonistes sont d'accord. Les clients apprécient de pouvoir raconter leurs vécus et leurs histoires dans un lieu de confiance, tout en sachant qu'ils seront écoutés et soutenus dans leur projet d'abstinence. Les professionnels ajoutent l'aspect de la continuité d'un travail qui a été commencé dans le centre résidentiel et suivant les situations, la création de nouvelles techniques afin d'aider au mieux leurs clients.

Finalement, d'après toutes ces discussions, le service ambulatoire à toute son importance dans le traitement d'une personne. Il permet de garder un contact avec un réseau professionnel. Il permet de continuer un travail qui a été commencé dans le service stationnaire sans être finalisé ou, suivant les circonstances de la personne, à en commencer un nouveau.

2.4.6 Conclusion en lien avec la quatrième hypothèse

Je suis passée par différentes thématiques dans le but de pouvoir répondre à ma quatrième et dernière hypothèse, qui je le rappelle concerne le service ambulatoire et son accompagnement : *Les clients ont de meilleures chances d'éviter les rechutes s'ils bénéficient d'un suivi ambulatoire après un placement stationnaire.*

Après avoir fait le tour de la question, une réponse évidente n'apparaît malheureusement pas. J'ai remarqué que le soutien des professionnels de l'ambulatoire semble être pour tout le monde, clients et professionnels, très important afin de développer d'autres compétences. Et cela, tout en consolidant et en maintenant le travail qui a déjà été fait dans le centre stationnaire. Pour certaines personnes, il peut également être un lieu de création d'outils pour la prévention des rechutes. Il permet pour une grande partie des expensionnaires de se souvenir que, malgré l'abstinence actuelle, ils sont encore fragiles face à l'alcool. Ces entretiens leur montrent en quelque sorte qu'ils ne sont pas guéris malgré le traitement entrepris dans le Centre stationnaire.

Tous ces aspects me montrent que le service ambulatoire est important dans le traitement d'une personne. Or, malgré ces arguments, je n'ai pas de faits qui démontrent réellement ces affirmations. Les clients m'ont effectivement expliqué qu'ils avaient créé seuls des moyens d'évitement de rechute. Cette explication pourrait laisser croire qu'après le placement stationnaire, les personnes sont en mesure de se trouver eux-mêmes des techniques qui leur permettent de faire face à des situations difficiles. Mais ils ont également abordé le fait que le suivi professionnel était avantageux, car il leur permettait de ne pas devoir raconter certaines problématiques à d'autres personnes ressources, telles que la famille ou les amis.

Je pense que les clients ont davantage de chance d'éviter une rechute lorsqu'ils ont un suivi ambulatoire après le placement stationnaire. Ceci leur permet d'aborder des sujets non résolus ou encore problématiques en lien avec leur dépendance avec des personnes neutres qui connaissent la problématique de la dépendance. Ce qu'ils ne feraient peut-être pas s'ils n'avaient pas de soutien professionnel. De plus, je pense que prendre conscience de sa dépendance est également un aspect primordial. Les clients évitent ainsi vraisemblablement une des causes de rechute : vouloir se tester. Malgré cette aide, il est inévitable pour certaines personnes de passer par une rechute. En effet, comme je l'ai présenté dans le paragraphe 3.8.4 *Perception d'une rechute*, ce phénomène fait partie du processus de traitement pour une grande majorité des individus dépendants. (Pellegrini, 1994). Il faut la prendre au sérieux sans pour autant la dramatiser. (Hillemand, 1999). Je suis d'avis que les professionnels peuvent être un soutien considérable lorsque la personne rechute. Christophe m'a donné un exemple qui soutient ce propos. Une de ses clientes avait fait un suivi ambulatoire pendant quelques années. Peu à peu elle diminuait ses entretiens afin de pouvoir voler de ses propres ailes. Or, un jour cette dame reprit contact avec l'institution de confiance parce qu'elle avait fait une rechute. Grâce à cette confiance, ses propres connaissances au sujet de la dépendance et sa recherche d'aide, les professionnels ont rapidement pu se réunir pour soutenir cette personne. D'après Christophe, sa rechute aurait été plus dramatique sans l'intervention des travailleurs sociaux et de son ancien réseau. Il me dit durant l'entretien, pour soutenir son histoire, la phrase suivante : « [...] *peut-être que pour les personnes qui rechuteraient sans le suivi ambulatoire, ce serait plus grave.* ».

Au final, il semble évident que le service ambulatoire peut être un soutien permettant d'éviter certaines rechutes. Il est possible aussi que grâce au suivi ambulatoire une rechute soit d'une plus courte durée et avec des conséquences moins lourdes que si la personne avait été seule.

D'après moi, il n'est cependant pas possible pour un tel service de toutes les empêcher, car il y a toujours une part de responsabilité chez l'individu. Le professionnel n'est pas un être humain tout puissant qui peut tout contrôler.

PARTIE III : AU TERME DE LA RECHERCHE

CONCLUSION

1. Bilan personnel

Avant de présenter la conclusion de mon travail, il me semble important de revenir sur les difficultés que j'ai rencontrées durant cette recherche et sur l'évolution de mon point de vue sur le thème de l'alcoolodépendance.

1.1 Difficultés rencontrées

Ce travail ne s'est pas réalisé sans difficultés. Malheureusement, ou heureusement, de nombreuses complications m'ont d'abord maintenue sur place tout en me permettant en même temps d'évoluer dans mes réflexions, de mieux cerner l'angle d'approche de ma recherche, de me repositionner en tant que chercheuse et en tant que future professionnelle sociale. Pour finir, et malgré ces difficultés et embûches, je suis parvenue à trouver une réponse à ma question de recherche initiale.

Le premier problème rencontré fut l'élaboration de ma question de recherche. Cette question de recherche m'avait posé un certain nombre de soucis : quelle thématique choisir ? Dans quelle direction souhaiterais-je aller ? Est-elle trop vaste ? Faut-il aller plus dans les détails ? Est-elle compréhensible ? Serai-je capable de trouver une réponse à cette question ? Tous ces doutes et interrogations m'ont freinée dans mes démarches. Après de nombreuses discussions avec des professionnels, mes camarades de classe ainsi que mon directeur de Travail de Bachelor je suis peu à peu parvenue à préciser ma thématique. Au fil du temps, la question a évolué afin d'orienter davantage ma recherche. Tout d'abord, ce processus me semblait inutile et une perte de temps. Pourtant, plus j'avancais dans ma recherche, plus je me rendais compte que la réflexion au sujet de la question de départ était primordiale. Et finalement, le temps utilisé pour cette première étape ne fut pas du temps perdu, mais du temps qu'il fallait tout simplement prendre afin de partir sur de bonnes bases.

Ensuite vint la problématique des hypothèses. Ce fut un vrai casse-tête. Cette étape fut pour moi une période aussi pénible que l'élaboration de la question de départ. Je n'étais pas en mesure de poser une seule hypothèse, à croire que je ne savais pas ce que ceci signifiait. J'ai dû chercher conseil auprès de différentes personnes avant de pouvoir enfin poser des hypothèses ayant du sens. Dès que mes hypothèses furent posées, j'ai pu passer à une autre étape du travail de recherche : la lecture préparatoire pour la partie théorique. C'est à ce moment qu'un nombre considérable d'hypothèses me sont venues à l'esprit. Je pense, après réflexion, que ma difficulté était liée au fait que j'étais fixée sur une seule idée. De plus, en lisant, j'apprenais de nouvelles choses, ce qui m'a ouvert l'esprit et donné une vision plus vaste de la problématique. Ce qui m'a finalement permis de préciser et modifier mes hypothèses afin d'en avoir un nombre suffisant en lien avec ma question de recherche.

La partie théorique fut la partie la plus difficile. Malgré le fait qu'elle m'ait aidé pour les hypothèses, je ne parvenais pas à distinguer dans cette masse d'informations ce qui était important ou non pour mon travail. De ce fait, je suis partie sur toutes les théories possibles en lien avec l'alcoolisme, la rechute, ou la dépendance en général. Tout me semblait à la base important pour comprendre la totalité de la problématique.

Lorsque je suis parvenue à un nombre considérable de pages uniquement avec la théorie, je me suis rendu compte que j'étais trop allée dans les détails. Mais avant d'effacer certains chapitres, j'ai préféré continuer mon travail en débutant mes entretiens. Grâce à ces différents interviews, j'ai pu percevoir les thématiques que j'avais oubliées et celles qui n'avaient pas d'importance pour ma question de recherche. Ces entretiens m'ont permis de prendre une direction claire et précise pour l'élaboration de ma partie théorique. J'ai donc réorganisé, par la suite, toute ma théorie. J'ai effacé certains thèmes moins pertinents et j'en ai ajouté d'autres importants pour soutenir les propos dans mon analyse.

La création des grilles d'entretien fut également un grand chantier. Il fallait respecter certains points éthiques tout en posant des questions me permettant de répondre à ma question de recherche. Au départ, toutes les questions me venant à l'esprit me semblaient pertinentes. J'ai réellement dû me centrer sur mes hypothèses afin de pouvoir poser des questions en lien avec ces dernières. Pour m'aider davantage, j'ai lu un certain nombre d'informations à ce sujet, j'en ai discuté avec mon directeur de travail de Bachelor, ainsi qu'avec des amis se trouvant dans la même situation que moi. Tout ceci m'a aidé à créer une grille de questions pertinentes qui m'a permis de répondre à ma question de recherche.

Durant les entretiens, je me suis trouvée devant le même problème. En effet, je posais les questions que j'avais préparées, mais il fallait également que je tiens compte de certains propos des interviewés. Ce n'était pas toujours facile, car il fallait que je fasse attention à ne pas dévier du sujet. Toutefois, lors de mon analyse un grand nombre d'informations récoltées aux entretiens m'a été utile et m'a permis de répondre à mes hypothèses. Donc malgré ma peur de mal faire et de poser des questions indiscretes, je me suis rendu compte que les questions spontanées, celles qui ne figuraient pas sur ma grille d'entretien, ont aussi été utiles à mon travail de recherche.

L'analyse représenta la dernière grande difficulté. J'avais désormais toutes les informations nécessaires, mais il m'était impossible de commencer. Ce qui était d'ailleurs étrange, car lorsque je parlais de ce qui était sorti des entretiens avec des personnes, je n'avais aucun problème à faire le point. Mais à la maison, devant l'ordinateur, j'étais bloquée. Il m'a fallu plusieurs départs avant de réellement débiter une analyse sérieuse et concrète. Ce qui m'a finalement permis d'avancer fut mon grand panneau d'idées sur le mur. Il m'a aidé à percevoir tout ce qui avait été dit durant ces entretiens et à faire des liens avec les hypothèses. Grâce à cette démarche, j'ai pu faire une analyse des entretiens avec des liens entre les hypothèses, la théorie, et les récits des individus interviewés.

Finalement, je me rends compte qu'aucun passage n'a été facile à franchir. Chaque étape de ce travail fut un combat pour trouver comment procéder pour continuer ma recherche et parvenir à un résultat. Toutes ces difficultés m'ont permis d'apprendre sur mes compétences personnelles et professionnelles. En effet, à chaque fois j'ai dû activer mes ressources (directeur de travail de Bachelor, amis, famille, connaissances), ainsi que certaines compétences déjà existantes, dans le but de pouvoir franchir le cap difficile. Ce travail ne fut pas facile, mais je n'ai jamais baissé les bras et j'ai toujours regardé en avant.

1.2 Mon point de vue après la recherche

Avant de commencer ma formation en tant qu'assistante sociale, je pensais que les personnes dépendantes étaient sans volonté et ne faisaient rien pour changer leur situation. Ensuite, après avoir terminé mon stage et commencé ma partie théorique sur la problématique de la dépendance à l'alcool, je me suis rendu compte que ces comportements addictifs n'étaient pas dus à un manque de volonté, mais bien à une maladie.

Et plus j'avancais dans mon travail et plus je me rendais compte que non seulement c'est une maladie, mais qu'en plus la personne doit réellement se battre contre ses propres « désirs » pour s'en sortir. Je fus, par ce travail, mis face à la réalité des gens dépendants et je me suis de plus en plus détachée de mes idées préconçues.

Ce travail sur moi-même ne fut pas facile, du fait qu'il fallait que je me défasse d'une idée bien présente dans la société que j'avais également intériorisée depuis des années. Je pense, avec du recul, que ce changement de point de vue fut une étape très importante pour la continuation de mon travail puisque ma vision des choses avait, d'après moi, une influence sur les questions que je posais à mes interlocuteurs. Selon les questions, d'autres réponses auraient émergé. Mon positionnement avait également une influence sur le sens que je donnais à mon travail et la direction dans laquelle je voulais finalement aller. Toute cette question de positionnement rejoint la thématique abordée dans le point 2.4 *Limites de la recherche*. En effet, dans ce chapitre je décris que selon la personne qui le réalise, un travail de Bachelor peut prendre différentes directions et apporter d'autres réponses. Attention, je ne suis pas en train de dire que les auteurs d'un travail de recherche ne sont pas objectifs, toutefois je pense que durant un travail de telle envergure une part de subjectivité est inévitable. De plus, la perception et la sensibilité que l'on peut avoir sur le sujet auront une influence aussi bien sur les thèmes que l'individu va choisir que sur les liens qui sont faits.

1.3 Mon apprentissage

Ce travail de Bachelor fut pour moi un vrai défi. Depuis le début de ma formation, j'ai toujours eu peur à l'idée de devoir entreprendre ce travail. Je savais que ce ne serait pas évident pour moi. Ce fut un combat constant, pendant des mois, pour parvenir à un résultat satisfaisant. J'en étais même à penser que ce travail n'en finirait jamais. Et pourtant, me voilà en train d'écrire les derniers paragraphes de ma recherche et ce travail ne m'a pas uniquement procuré de la peur et de la crainte. À chaque fin de chapitre, je me suis réjouie d'avoir passé une étape et de pouvoir passer à une prochaine phase. Ce fut constamment une satisfaction.

Cette recherche m'a beaucoup apporté tant au niveau professionnel qu'au niveau personnel. Au niveau professionnel, j'ai pu apprendre passablement de choses au sujet de la dépendance, de la rechute, des traitements, de la perception et du vécu des clients dépendants. Ces nouvelles connaissances me sont d'une grande utilité dans ma vie professionnelle. Je suis en effet confrontée de temps en temps à des personnes toxicomanes ou alcooliques et, grâce à l'acquisition de ces connaissances, je pense mieux pouvoir les accompagner et les orienter en cas de besoins. Les interviews combinées à l'analyse étaient une étape également très enrichissante. En m'entendant sur l'enregistreur, je me suis rendu compte de la manière dont je posais les questions et ceci m'a quelques fois choqué (rire parasite, question peu compréhensible). Cette analyse m'a permis de me remettre en question au niveau professionnel. J'ai aussi réalisé que ma posture physique avait une influence sur la personne se situant en face de moi. J'avais vu ceci dans un cours de la HES-SO, mais l'expérience aussi consciente n'avait jamais eu lieu jusque-là. Cette mise en pratique de la théorie m'a rendue plus attentive pour mes entretiens suivants. Les entretiens et l'analyse qui a suivi furent pour moi passionnants et constituèrent les meilleurs moments de mon travail.

Au niveau personnel, j'ai également énormément appris. J'ai pris conscience de mes limites. Je pense que c'est un point à ne pas négliger qui aura une influence sur ma vie professionnelle.

Finalement, ce travail m'a permis de découvrir la thématique, mais également les aspects plus personnels d'une telle entreprise. Avec du recul, je suis satisfaite d'être parvenue jusqu'au bout après avoir passé par des bons et des mauvais moments.

2. Synthèse et discussion

Il est désormais temps de faire le point de tout ce qui vient d'être présenté dans ce mémoire et de répondre concrètement à ma question de départ. Ensuite, je proposerai quelques nouvelles pistes d'action qui pourraient influencer le suivi des personnes dépendantes dans leur démarche vers l'abstinence totale.

2.1 Résultat global en liens avec mes hypothèses

Dans le chapitre *Analyse*, j'ai séparé mes quatre hypothèses pour permettre une lecture simplifiée des résultats de l'analyse des entretiens. Ceci m'a également permis d'avoir une réponse claire à chaque fin de chapitre en lien avec chaque hypothèse et de mettre en évidence les points importants pour la conclusion finale.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, je présente ci-dessous un petit résumé des réponses aux quatre hypothèses.

LES QUATRE HYPOTHÈSES	LES RÉPONSES
Hypothèse 1 : <i>Meilleur sera le travail sur la prévention des rechutes dans les centres stationnaires, moins les risques de rechute seront présents.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels du service stationnaire ont des outils permettant d'apprendre aux pensionnaires comment faire face à des situations complexes lorsqu'ils seront à nouveau dans leur quotidien, hors du centre stationnaire. - Ce travail de prévention est efficace dans le centre stationnaire. Les personnes ne sont plus dans un cadre de dépendance, de consommation, ce qui leur permet de travailler sur leurs différentes problématiques directes et indirectes en lien avec la dépendance. - Malgré une bonne préparation au niveau des rechutes, une reconsommation est toujours possible. En effet, si le client ne parvient pas à utiliser correctement ces techniques une rechute peut être envisageable. - La rechute n'est pas exclue, malgré le suivi professionnel des travailleurs sociaux.
Hypothèse 2 : <i>Les travailleurs sociaux travaillant dans un service ambulatoire parviennent mieux à prévenir les rechutes, grâce à un suivi régulier.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels du service stationnaire tentent de faire des entretiens régulièrement avec les clients pour avoir un suivi avec la personne. - Les professionnels tentent également par leurs outils et leur structure institutionnelle de tout mettre en place pour que le client soit en mesure de vivre dans le quotidien tout en évitant une reconsommation. - Le risque de rechute peut être en lien avec différents facteurs, parmi lesquels la régularité des entretiens. De ce fait, si les entretiens sont réguliers, il y a en conséquence un facteur de rechute possible en moins. - La rechute n'est pas forcément en lien direct avec la régularité des entretiens.

<p>Hypothèse 3 : <i>Les travailleurs sociaux parviennent à prévenir les rechutes possibles de leurs clients grâce à des outils de travaux efficaces.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels accompagnant les personnes dépendantes, que ce soit au niveau stationnaire ou ambulatoire, possèdent des instruments de travail destinés à soutenir la démarche des pensionnaires/clients. - L'outil le plus utilisé d'après les entretiens serait l'approche cognitivo-comportementale. (Deappen, 2003). Grâce à cette méthode, les professionnels, ainsi que les clients, peuvent percevoir où est le problème et ensuite ils peuvent travailler sur ces problématiques en particulier. - D'autres outils sont également utilisés, comme le modèle de Minnesota, le modèle des Alcooliques Anonymes, ou encore la roue du changement. Les théories utilisées varient selon les situations ainsi que la méthode du professionnel. - Le positionnement du professionnel sur le phénomène de la rechute peut avoir une influence sur la suite du traitement.
<p>Hypothèse 4 : <i>Les clients ont de meilleures chances d'éviter les rechutes s'ils bénéficient d'un suivi ambulatoire après un placement stationnaire.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le suivi ambulatoire est important pour la prévention des rechutes, car les personnes peuvent encore travailler, réajuster les moyens déjà développés dans le service stationnaire et peuvent en développer de nouveaux. - Ce suivi permet également pour un grand nombre de personnes de se souvenir qu'ils ne sont pas guéris, ce qui diminue le risque de vouloir se tester. - Les clients sont également parvenus à développer par eux-mêmes des moyens pour éviter de se confronter à des situations délicates en lien avec leur dépendance. - Ce suivi permet de parler des problématiques non résolues avec des professionnels, hors de l'entourage habituel des proches, ce qui est, d'après les clients, un grand avantage.

Je remarque, après cette synthèse de mes hypothèses, qu'aucune d'entre elles n'appelle une seule réponse bien définie. En effet, pour une part, elles ont une réponse affirmative et pour l'autre part, elles peuvent avoir une réponse négative. Les réponses restent très vagues et sont, pourtant, traitées au mieux sur la base des informations que j'ai pu obtenir lors de mes entretiens. Cette observation m'amène au constat suivant : la rechute est un concept très vaste qui nécessite la collecte de beaucoup de données afin de pouvoir confirmer ou infirmer mes hypothèses. Comme je l'ai écrit dans le paragraphe 3.8.3 *Les raisons possibles d'une rechute*, un grand nombre de facteurs pousse une personne à reconsommer de l'alcool. Et bien des motifs échappent probablement encore aux scientifiques. Peut-être aurait-il fallu élaborer des hypothèses plus précises en lien avec la rechute ou compléter/élargir ma méthode de recherche des données. En effet, un certain nombre de statistiques auraient peut-être été utiles pour répondre clairement à des hypothèses de ce genre et soutenir mon analyse. Les chiffres auraient pu indiquer pour chaque affirmation le nombre de rechutes, ainsi que la raison réelle de ces dernières. Sans cette information, il me semble difficile d'être totalement affirmatif sur la corrélation entre le travail des professionnels, le suivi des clients et les rechutes des personnes dépendantes.

Malgré ces réserves, je pense qu'il est tout de même possible de donner une réponse à ma question de recherche.

3. Réponse(s) à ma question de recherche

Afin de répondre au mieux à ma question de recherche, je vais diviser le chapitre en trois grands axes et apporter ensuite une conclusion en lien avec tout ce qui aura été dit.

3.1 Le rôle d'un travailleur social dans l'accompagnement des personnes dépendantes

La thématique du rôle des travailleurs sociaux est un axe principal pour répondre à ma question de recherche. En connaissant leurs rôles, ainsi que leurs buts, il est plus facile de savoir l'influence qu'ils peuvent avoir au niveau de la prévention de la rechute de la personne dont ils s'occupent.

Puisque je me suis concentrée dans un premier temps sur les deux types d'institutions (ambulatoire et résidentielle), il me semble important de diviser les deux parties afin de percevoir les différences et les similarités. Les mettre en commun dans un deuxième temps me permettra de saisir l'influence de ces différents professionnels.

3.1.1 Rôle des professionnels dans le service stationnaire

Je rappelle que le centre stationnaire permet aux personnes qui ont déjà beaucoup souffert de leur alcoolisme de sortir de leur contexte et de pouvoir récupérer et faire le point de la situation. C'est souvent ce « type » de personnes qui viennent chercher de l'aide dans un centre résidentiel. Gabriel les décrit fort bien : « [...] *c'est vraiment la personne qui a tout perdu enfin qui a plus de logement, plus de travail et que la famille c'est la cata [...] on voit que tout va à vau-l'eau, la santé c'est la cata, [...]*. ». Or, il y a également des personnes qui n'en sont pas encore à ce stade et qui viennent faire un séjour dans ce genre d'établissement, car ils pensent que la déchéance n'est plus très loin. Gabriel explique ce phénomène de la manière suivante : « *Après il y a des gens qui viennent aussi préventivement, donc ils sentent que ça commence à se casser la figure, qu'au boulot ça devient de moins en moins... voilà... la consommation elle a quand même beaucoup d'impact sur la vie familiale sur la santé, donc les gens viennent ici [...]*. ». Il y a donc deux « sortes » de populations qui se trouvent dans un accompagnement résidentiel : les personnes qui pensent qu'ils sont à deux doigts de tout perdre et ceux qui ont déjà trop perdu. Ensuite, il est bien entendu qu'il y a dans cette institution des personnes plus motivées que d'autres.

Ces diverses personnes vont avoir des journées bien remplies. Ils vont, dès le levé, devoir faire un travail sur leur dépendance. Leur quotidien consiste premièrement à ne plus consommer et, deuxièmement, à faire un travail sur leur dépendance. Ils sont dans un cadre qui leur permet de travailler sur leurs problèmes. Pour certains, d'ailleurs, c'est la première fois depuis bien longtemps qu'ils se retrouvent dans un corps sans produit psychotrope. Cet esprit clair leur permet d'avoir de la distance sur leur passé et de travailler leur futur. Léo explique : « *[Dans le centre résidentiel] ils sont dans un cocon dans le sens où à priori, ici ils ne risquent pas de reconsommer. Donc c'est si tu veux c'est un peu un environnement idéal pour parler, pour travailler sur soi, pour réfléchir à comment faire pour ne pas rechuter, pour ne pas reconsommer, pour ne pas reprendre le verre. [...] à partir du moment où quelqu'un a consommé un verre d'alcool, il n'a plus entièrement toute sa tête. C'est quand même une substance psychoactive, ça change un petit peu l'état d'esprit, on ne se concentre pas de la même manière, on ne travaille pas de la même manière quoi, très clairement [...]*. ». Léo montre que le fait d'avoir l'esprit sans alcool permet aux personnes de travailler sur leur vie future sans alcool.

Durant toute la journée, et ceci surtout au début de leur traitement, les personnes vont avoir très peu de temps libre puisqu'ils doivent travailler sur leur dépendance. Le temps libre est également important dans la thérapie, car durant ce temps, les personnes doivent s'occuper sans alcool : ce qu'un certain nombre de personnes ne semblaient plus connaître, d'après Gabriel.

Pour le travail sur eux-mêmes, le service stationnaire a mis en place différents groupes de discussion qui permettent d'aborder des thématiques en lien avec la dépendance. En plus de ces groupes, les individus ont des entretiens individuels avec leur référent. Ceci leur permet d'aborder des choses qu'ils ne souhaiteraient pas évoquer devant un groupe et qui n'ont pas directement de lien avec leur dépendance. Les quatre clients que j'ai interviewés préfèrent d'ailleurs ce moment individuel, car ils disent avoir de la peine à parler devant une foule de personnes. Alexandra me donne durant l'entretien son avis au sujet du groupe : « *Bon les groupes ce n'est pas trop mon truc non plus. Je n'aime pas trop parler. Dans ces groupes on entend toujours la même chose et puis c'est toujours les mêmes personnes qui parlent d'ailleurs.* ». Philippe raconte également que les groupes n'étaient pas un cadre qui lui convenait, il dit : « *Oui j'y ai été dans les groupes, voir ce que c'était, mais c'est quelque chose qui ne me convient pas.* ». Daniel raconte aussi que ces moments de discussion en commun n'étaient pas un moment agréable pour lui. Il décrit ces moments comme n'étant pas évidents. Les quatre clients avaient donc de la peine à participer à ces discussions en commun. Et pourtant, les professionnels travaillant dans le résidentiel considèrent ces moments comme importants. Léo et Gabriel m'expliquent que le fait d'entendre les récits de vie des autres, de partager les mêmes problèmes à quelques différences près, donne aux pensionnaires le sentiment de ne pas être seuls dans cette situation. Léo dit : « *[...] c'est important, parce que c'est bien de rencontrer d'autres personnes qui ont vécu les mêmes choses, qui vivent les mêmes choses. C'est des gens à qui ils peuvent s'identifier et puis des fois ils se comprennent mieux que si c'est un professionnel.* ». Ensuite, les réunions permettent également de discuter de différents sujets en commun et la rechute est d'ailleurs souvent un thème abordé.

Le rôle des professionnels durant ces deux phases (entretien individuel et discussion en groupe) est multiple. La première tâche consiste à informer les pensionnaires de leur maladie. Gabriel voit les choses de la manière suivante : « *Puisqu'on part du principe que mieux ils sont informés, documentés sur leur maladie, mieux ils appréhendent les choses. Le but c'est d'en faire des experts de la dépendance.* ». L'information est finalement un premier pas dans la prévention de la rechute. Cet éclaircissement au sujet de la dépendance a déjà une influence sur le comportement de la personne. En effet, si celle-ci connaît la complexité de la maladie, elle comprendra mieux ses gestes et pourra, par la suite, tenter de les travailler et d'y faire face. Donc, le professionnel influence déjà à ce niveau d'information le processus de changement chez la personne dépendante.

En plus d'informer, le professionnel tente avec le client d'identifier les situations à risque. J'ai mentionné plusieurs fois dans l'analyse que pour ce travail, les professionnels utilisaient la méthode cognitivo-comportementale. (Deappen, 2003). Le professionnel n'a pas tous les atouts en mains lorsqu'il utilise cette théorie. Il peut proposer certains outils à son client, mais ceci n'implique pas qu'ils vont fonctionner pour tous les sujets. De plus, il est également important que le client fasse un travail de recherche afin de savoir ce dont lui-même a besoin. Donner et travailler sur des outils n'est pas suffisant pour éviter une rechute. Le professionnel peut bien donner des techniques de désaccoutumance et en inventer d'autres avec la personne, mais le reste du travail, c'est à cette dernière de le faire. Et elle doit vouloir les utiliser.

Léo décrit ce processus de la manière suivante : *« Mais finalement le travail ce n'est pas moi qui le fait, c'est la personne qui est en face de moi, moi je peux faire de mon mieux pour l'aide à avancer, mais au final c'est la personne qui en face de moi qui va décider d'avancer ou pas. On donne les outils et après c'est... il fait ce qu'il veut avec. »*. Gabriel décrit les choses de la même manière en d'autres termes : *« Nous on peut mettre en place beaucoup de choses, on peut leurs proposer plein de choses, mais il faut que ça leur soit pertinent et utile et puis qu'ils s'en servent, voilà. »*.

En définitive, je constate que les professionnels du centre résidentiel peuvent avoir une influence sur la rechute du client, mais que cette influence a également une limite. Le travailleur social a le rôle d'informer, de soutenir, d'accompagner la personne dans la démarche vers l'abstinence et, plus spécifiquement vers la prévention des rechutes. Un psychiatre travaillant dans le service stationnaire dans lequel j'ai fait mes interviews dit d'ailleurs à ce propos : *« [...] un centre de traitement de la dépendance c'est un centre de prévention de la rechute. »*. En fin de compte, le rôle principal des professionnels dans un centre résidentiel est de faire de la prévention de la rechute, et ce but est recherché dans toutes leurs activités. Voilà qui laisse à penser que le professionnel a une grande influence sur le risque potentiel de rechute. Or, ce n'est pas le cas d'après les professionnels interviewés qui prétendent que si la personne ne veut pas avancer, ignore sa maladie, et ne fait pas le nécessaire pour atteindre son but, alors le professionnel ne peut rien faire et le risque de rechute reste fort à la sortie du traitement stationnaire.

3.1.2 Rôle des professionnels dans le service ambulatoire

Le service ambulatoire peut être utile pour deux « types » de population dépendant. Tout d'abord, pour les personnes ayant des problèmes avec l'alcool, mais encore totalement intégrées socialement et professionnellement et qui ne subissent pas encore les conséquences de leur consommation excessive d'alcool. Ce service leur permet de traiter leur problème tout en restant intégrés dans leur milieu. Ensuite, le service ambulatoire est également utilisé par les personnes sortant d'un centre stationnaire dans le but de ne pas faire un passage trop brusque entre cette institution, qui est un cocon pour les pensionnaires, et le quotidien, qui est la dure réalité avec la possibilité de consommer n'importe où, n'importe quand de l'alcool. Le service ambulatoire fait en quelque sorte le pont entre le traitement stationnaire et la réalité de la vie, le quotidien.

Les personnes vivent à domicile et viennent lors de rendez-vous d'une heure voir leur conseiller pour aborder différentes thématiques. Les clients ne sont pas forcément obligés de parler des thématiques en lien direct avec leur dépendance. Il est tout à fait possible de traiter de sujets qui sont indirectement concernés par la problématique de la dépendance. Tel que je l'ai présentée dans ma partie théorique, la dépendance touche différentes sphères de l'individu et peut provenir de différentes causes. Ceci me rappelle effectivement que durant les entretiens que j'ai observés lors de mon stage, les thématiques principales étaient la famille, le travail et les amis. Et lorsque le professionnel grattait un peu, je constatais que la thématique abordée avait un lien avec l'alcool. En fin de compte, le service ambulatoire laisse place à des discussions très variées.

Il est temps de faire le bilan du rôle du professionnel travaillant dans un centre ambulatoire. Un rôle qui n'est d'ailleurs pas si différent de celui des travailleurs sociaux dans le service stationnaire. En effet, les professionnels ont dans les deux cas le rôle d'informer. Il ne s'agit cependant plus de l'information au sujet de leur maladie, puisqu'ils sont déjà censés avoir reçu cette information des professionnels travaillant dans le stationnaire (pour ceux qui ont fait un séjour stationnaire).

L'information dans le service ambulatoire concerne davantage ce que le client doit faire en cas de situations délicates pour éviter de rechuter. Or, si cet objectif n'a pas pu être atteint, le but suivant est de limiter au mieux les conséquences de cette reprise d'alcool après une période d'abstinence.

En plus de cette information, les professionnels travaillent sur les aspects déjà étudiés dans le centre stationnaire. Ils tentent de revoir les outils qui ont été co-construits avec le conseiller lorsque le client était encore pensionnaire dans une institution. Le but est de les évaluer et de percevoir s'ils sont adaptés au client et s'ils lui sont vraiment utiles dans la prévention des rechutes. Selon l'évaluation qui aura été faite avec le client, il y aura peut-être une réadaptation des outils et des moyens à faire.

Il est également important pour le professionnel de redéfinir des objectifs afin de savoir dans quelle direction les deux protagonistes se dirigent et quel travail doit être encore entrepris. Selon les objectifs posés, le travail variera. D'après Enzo, cette élaboration d'objectifs est inévitable dans le travail d'un conseiller du domaine des addictions. Ceci permet d'éviter l'épuisement des deux parties et les coupures de contact qui pourraient avoir des conséquences dramatiques pour le client. Surtout si celui-ci n'était pas encore prêt à faire face au quotidien sans le soutien d'un professionnel.

En lien avec la pose d'objectif et la question de l'épuisement, il y a la notion de durée. Enzo m'explique qu'il est également primordial de prédire l'échéance du traitement ambulatoire. Les objectifs et la durée doivent être une co-construction. Il est important, d'après Enzo, que les deux protagonistes soient d'accord avec ce qui est mis en place. Je pense qu'à ce niveau, le professionnel peut avoir une influence sur la suite du traitement. Si le travailleur social ne définit pas la durée du traitement, une lassitude des deux protagonistes risque de s'installer et mener à une rupture de contact. Je pense donc que le professionnel a une influence selon la manière avec laquelle il suit les personnes. Si les objectifs et la durée du traitement sont flous, il se peut que le client abandonne et décide de reconsommer. Enzo explique : *« Et ouais, ça c'est important de définir... vous avez vu, plusieurs fois, j'ai dit au départ qu'il faut bien définir les objectifs... le terme. Pour éviter que la personne sorte du système, qu'on le récupère et puis qu'on en fasse... ce qu'on appelle des clients chroniques, mais les mauvais chroniques. Parce que chaque reconsommation, elle altère aussi le système neurocérébral. »*.

Finalement, je pense que le travailleur social a une influence sur le risque de rechute du client à plusieurs niveaux. Tout d'abord, si le client n'est pas bien informé sur sa maladie, sur le processus de la prise en charge, sur comment réagir s'il est dans une phase de rechute, le professionnel a une part de responsabilité dans la suite du parcours du client. Je ne suis pas en train de prétendre que si le client fait une rechute, c'est de la faute du travailleur social. Mais il peut y contribuer malgré tout légèrement si l'un des points ci-dessus a été banalisé. J'ai précédemment présenté le fait que de ne pas poser clairement des objectifs et une durée du suivi peut amener les deux personnes à un épuisement et le risque existe ensuite que le client se remette à consommer de l'alcool. Enzo me dit : *« [...] ce qu'on fait, quand ça va pas, c'est la reconsommation [...] »*. De même pour l'explication du processus de la maladie. Si le professionnel n'explique pas tout ce qui concerne la maladie, il y a également un risque que le client ne revienne plus. Voici ce qui dit Enzo : *« Ça fait partie de la prise en charge de quelqu'un et ne pas l'aborder, je trouve que ce serait même ... pas une faute, mais ça entraîne tout ce que je vous ai dit. Si on l'aborde pas un jour on se dit « Tiens un client il est parti pourquoi ? » Parce qu'on a pas abordé ça et puis il a eu honte, il n'ose plus. Et puis il revient à l'hôpital, une fois mort ou bien une overdose. Parce que l'overdose, c'est quoi d'autre qu'une tentative de suicide ? »*

Moi j'y pense, ça c'est un point de vue, c'est une valeur personnelle. Je pense qu'il y a pas d'overdose... ouais je pense que c'est un suicide ouais je pense. ».

Donc, si le professionnel minimise certains aspects du traitement, ceci peut avoir une conséquence indirecte sur la suite de la thérapie, mais n'implique pas directement une rechute. Si un travail préalable a déjà été entrepris, le client a déjà des ressources existantes pour l'éviter. Cela lui demande tout de même davantage d'énergie car le soutien moral des professionnels fait défaut. Les personnes auront peut-être par la suite d'autres types de soutiens (amis, famille), mais pour certaines ce n'est pas toujours suffisant.

Désormais, la question de la corrélation entre un « oubli » du professionnel et la rechute du client se pose. Je pense que le client risque de rechuter malgré un très bon suivi du travailleur social, surtout lorsque je constate toutes les raisons qui le pousseraient à reboire. J'imagine également que si le suivi est pris à la légère, il est possible que le professionnel ait une part de responsabilité pour la suite du traitement du client. Que ce soit bien clair, je ne dis pas qu'une rechute soit automatiquement liée à un manque d'objectif ou à des objectifs inadéquats, mais pour un parcours thérapeutique, une négligence des objectifs peut avoir des conséquences pour le client et peut mener à une rechute.

3.2 Les outils que les professionnels ont en mains pour soutenir les personnes dépendantes.

Les outils professionnels permettent de faire la différence entre un travail professionnel et un travail « d'amateur ». Il est important que des professionnels utilisent des techniques de travail pour accompagner des personnes dépendantes, que ce soit dans un service stationnaire ou ambulatoire.

Durant tout mon travail, les différents outils professionnels que les travailleurs sociaux interviewés utilisent dans leur quotidien ont été de nombreuses fois évoqués. Il est temps maintenant de savoir dans quelle mesure ces outils ont une influence sur la prévention de la rechute des individus dépendants.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, il me semble important de rappeler un constat fait durant mon analyse : les deux services utilisaient principalement la méthode cognitivo-comportementale. (Deappen, 2003).

Les outils utilisés varient cependant selon les professionnels ainsi que les services. En effet, j'ai montré que le service stationnaire dans lequel j'ai effectué ma recherche utilisait le travail en groupe comme outil parce que ce moyen peut être très utile pour les pensionnaires. Ceci permet à un certain nombre d'individus d'avancer et d'atteindre en partie le but recherché. Le groupe peut également aider les nouveaux venus qui manquent de motivation et se trouvent dans le déni de la maladie à se rendre compte de la problématique. Ce placement peut être un bon moyen pour évoluer et sortir par la suite de leur alcoolisme. Gabriel explique : « Où c'est hyper confortable pour nous, c'est que le groupe fait son travail, ça veut dire qu'une personne qui est un peu dans le déni, comme ça, va vite être confrontée par les autres en thérapie de groupe. Donc nous on se repose un petit peu là-dessus, j'allais dire, parce qu'on doit avoir un lien avec la personne qu'on suit, donc si on le confronte on disant : « Attend c'est n'importe quoi ce que tu dis, t'es dans le déni, tu ne vois pas les choses, ça va mal se passer. » Donc on a l'aide du groupe pour ça ». Ce qu'explique Gabriel montre que la thérapie de groupe peut être un soutien tant pour les professionnels que pour les pensionnaires.

La thérapie individuelle, que les deux services utilisent, est un moyen pour les professionnels d'aborder des sujets dont le client aurait besoin de parler. Dans le centre résidentiel, les entretiens individuels donnent un espace aux pensionnaires pour parler de problématiques qu'ils ne souhaitent pas discuter en groupe.

Le service ambulatoire propose uniquement des entretiens individuels ou des entretiens en réseau. Ces derniers se font de manière moins fréquente. Les entretiens individuels dans le centre ambulatoire donnent l'occasion aux ex-pensionnaires de parler de sujet dont ils ne parviennent pas à discuter avec d'autres personnes de leur entourage. Alexandra explique par exemple : *« C'est vrai quoi, parce que des fois ce n'est pas beau ce qu'on a dedans et puis tu vas répéter ça à un frère et lui il dit : « Ce n'est pas possible, pourquoi tu n'as pas dit ça plutôt ? » Je ne sais pas moi. Parce que ça... Je n'ai pas envie que eux se sentent coupables. »*.

3.3 Résultat de ma recherche

Me voilà à l'étape tant attendue de mon travail de recherche. Il est temps de répondre concrètement et précisément à ma question de recherche. Je suis passée dans ce travail par différentes étapes qui m'ont permis de donner déjà des pistes dans ce sens.

Pour rappel, ma question de recherche est la suivante : **Quelle influence le travailleur social a-t-il dans la prévention des rechutes auprès des personnes alcooliques passant du service stationnaire au service ambulatoire ?**

D'après moi, la réponse est claire : le travailleur social a bien une influence à plusieurs niveaux. Dans un premier temps, le conseiller influence le parcours thérapeutique du client. Selon la position du travailleur social, ses idées et la confiance qui s'est instaurée entre les deux protagonistes, le parcours du client alcoolodépendant sera différent que s'il l'avait choisi complètement seul. Ensuite, d'après les entretiens que j'ai pu avoir, ainsi que de l'analyse que j'en ai faite, le travailleur social a également une influence sur le risque de rechutes des individus.

Je vais débiter par l'influence que le professionnel a sur le parcours thérapeutique du client. Comme je l'ai présenté tout au long de mon travail, le conseiller possède des outils, des moyens et des bases théoriques permettant de soutenir la personne dans ses démarches d'abstinence. Or, comme chaque travailleur social est différent et perçoit les choses également de manière différente, toutes ces connaissances professionnelles ne vont pas forcément être appliquées de la même manière. Deux conseillers ne vont pas automatiquement procéder de la même façon devant la même situation pour atteindre le même but. Christophe montre cet aspect de manière très claire durant l'entretien : *« On a chacun notre grille de lecture, on a chacun notre manière de bosser, notre manière d'avancer, avec... peut-être, l'objectif sera le même, simplement le chemin sera différent. »*.

Il faut s'imaginer une personne ayant un problème avec l'alcool et souhaitant suivre une thérapie. Elle va, par exemple, commencer par aller chercher de l'aide auprès du service ambulatoire. À cette étape déjà, le professionnel aura une influence. Selon quelle institution le client choisi ou selon le travailleur avec lequel il aura contact, il pourrait y avoir une influence sur le traitement stationnaire qu'il va entreprendre et la suite de sa thérapie. La personne a bien entendu également son mot à dire, mais comme je l'ai expliqué dans mon travail, une grande partie des clients font énormément confiance au conseiller : ils ont de ce fait tendance à suivre l'avis de ce dernier.

J'ai présenté au point 4.1 *Les services stationnaires*, le fait que les institutions pouvaient avoir différentes philosophies de travail. Leurs approches auront donc clairement une influence sur les outils utilisés et donc sur le parcours du client. C'est pourquoi une partie de la réussite ou l'échec du traitement se joue déjà à ce stade.

Jean-Paul explique durant l'entretien qu'il y a des variantes entre les institutions, il dit : « *Déjà la mentalité, et puis bon voilà quoi. On avait plus d'activités extérieures par rapport au centre et puis on avait beaucoup de groupe, tous les jours de discussion tout ça. Et puis ce qui a changé aussi beaucoup c'est que [nom de l'institution] c'est beaucoup basé : faut se lever le matin avant le déjeuner y a la méditation, y a la prière...* ».

Ensuite, le sujet va acquérir certaines connaissances spécifiques en lien avec la dépendance selon les priorités accordées à tel ou tel aspect de la thérapie par l'institution. Dans le centre stationnaire, dans lequel j'ai fait mes entretiens, l'accent est posé sur la prévention des rechutes. Pour cet important travail de prévention, les professionnels interrogés utilisent principalement la théorie cognitivo-comportementale. D'autres aspects de la dépendance sont également travaillés selon les besoins et la demande du client, et d'autres outils sont aussi utilisés à cet effet.

Après le placement stationnaire, la thérapie continue avec un suivi ambulatoire pour un grand nombre de personnes. Pour la fondation dans laquelle j'ai effectué mes entretiens, le suivi ambulatoire après un traitement de désaccoutumance dans un centre stationnaire est quasi automatique, mais ce n'est pas systématiquement le cas. Jean-Paul est un bon exemple. Il est passé par différentes institutions qui ne fonctionnent pas toutes de la même manière. Il était placé dans un centre stationnaire loin de son lieu d'habitation. Tout se passait bien durant le traitement, mais à la sortie, aucun suivi ambulatoire n'a été organisé pour lui. Il s'est par conséquent retrouvé dans son univers quotidien. Il a réussi à tenir un certain temps son abstinence seul mais, à force d'être confronté à son ancien entourage, il a recommencé doucement à prendre les produits psychotropes dont il était parvenu à stopper la consommation. Il raconte : « *Voilà, mais j'ai recommencé gentiment. Quatre cinq mois après... ou une année après j'ai recommencé [...].* ».

Pour tous ceux qui ont l'occasion d'aller dans un service ambulatoire, la thérapie continue. Les personnes vont poursuivre le travail commencé dans le service stationnaire. Les professionnels de l'ambulatoire vont évaluer avec le client ce dont il a encore besoin afin de continuer le travail et de faire le pont entre la vie protégée du stationnaire et la réalité du quotidien. Ceci, toujours dans l'objectif d'éviter des rechutes potentielles. La poursuite de la thérapie dans le service ambulatoire est également influencée par les choix et options prises par le professionnel. Comme c'était le cas dans le service stationnaire, celui-ci va proposer certaines pistes en fonction de ses idées, de ses perceptions de la situation et de la dépendance en général. Le client pourra ensuite les choisir et les co-construire avec le conseiller.

Finalement, du début à la fin du traitement, le travailleur social a une influence sur le déroulement de la thérapie. Ceci n'implique pas qu'il en décide seul car il s'agit d'une co-construction. Toutefois, selon sa manière de procéder, sa manière d'être et sa manière de penser, les choses seront différentes. Cette influence est tout à fait normale puisque les travailleurs sociaux sont et restent des humains avec leurs croyances personnelles, professionnelles, et leurs fonctionnements individuels malgré les formations collectives qu'ils ont suivies. Il ne faut y voir, pour moi, un aspect négatif, pour autant que le professionnel reste conscient de cette influence et qu'il n'oublie pas d'associer le client à l'élaboration de son parcours thérapeutique.

Ayant une influence sur le cheminement du client vers la guérison, le professionnel a également une influence sur le risque de rechute potentielle. J'ai présenté tout au long de mon analyse les rôles bien spécifiques que détenait le travailleur social dans l'accompagnement des personnes dépendantes, tant dans le service stationnaire qu'ambulatoire. Ces professionnels sont censés accompagner, informer, conseiller et soutenir le sujet dans les démarches qu'il souhaite effectuer. Pour ce faire, le professionnel travaille avec différents outils et théories qui permettent au client d'avancer dans le sens qu'il désire, mais il va aussi donner une part de lui-même dans cette fonction. Ses croyances, ses idées, vont jouer un rôle important dans cet accompagnement, mais jamais dans le sens du non-respect envers le client.

Il ne faut pas négliger le fait que, malgré la dépendance, le client reste responsable de ses actes et de ses décisions. Sur ce point tous les professionnels étaient d'accord : ils sont en mesure d'aider et accompagner le sujet, mais si ce dernier n'y ajoute pas sa part de travail, le professionnel reste impuissant et le risque de rechute demeure. Malgré le fait que le travailleur social puisse influencer le client, tant dans le parcours thérapeutique que dans le risque de rechute, ce dernier a finalement toujours le dernier mot en ce qui le concerne.

En fin de compte, il semble évident que le professionnel influence inconsciemment ou consciemment le client dans les décisions qu'il prendra durant son traitement, que l'influence soit bonne ou mauvaise.

4. Piste d'action

En élaborant cette conclusion, j'ai réalisé que les professionnels jouaient un rôle important dans le traitement thérapeutique et le risque de rechute du client. J'ai également perçu l'importance que les sujets dépendants donnaient à ces travailleurs sociaux.

Comme le professionnel joue un rôle dans le traitement, ainsi que sur les rechutes potentielles du client, il me semble important que le sujet ait la possibilité de changer de travailleur social si la pratique de ce dernier ne correspond pas à ses attentes.

Si ce n'est pas le cas, le client risque de couper le contact et de ne plus vouloir poursuivre son traitement. Je pense que ceci rejoint l'idée d'Enzo et l'importance qu'il donne à la définition d'objectifs communs atteignables par les deux protagonistes.

En bref, donner l'occasion au sujet de changer de travailleur social, voire même d'institution, pourrait lui donner davantage de chance de s'en sortir car il sera peut-être plus en accord avec une nouvelle approche et y trouvera davantage de motivation. De plus, si le client se sent plus en adéquation avec son conseiller, il aura davantage confiance, osera lui dire qu'il a rechuté, et une intervention pourra être rapidement mise en place.

5. Réflexion finale

Ce que j'ai découvert avec ce Travail de Bachelor peut sembler logique pour certains, pourtant l'analyse des données fut pour moi une grande surprise. La réponse à ma question m'a ouvert les yeux au niveau professionnel. Durant toute ma formation, on nous a expliqué que le professionnel amenait également une part de subjectivité, mais il n'était pas clair pour moi que ceci pouvait avoir de si grandes conséquences pour le client que j'allais accompagner. Il faut réellement être attentif à certains aspects et faire en sorte que l'accompagnement nuise le moins possible à la personne. De plus, ce constat m'ouvre les yeux sur d'autres secteurs tels que les services sociaux. Les professionnels travaillant dans ce domaine ont également des outils à disposition. Toutefois, si ces moyens ne sont pas adéquats ou non utilisés, cela peut léser le client.

Dans un service social, le sujet ne coupera pas le contact car il a besoin de l'argent qu'il reçoit, mais il risquera d'être moins coopératif, ce qui pourrait avoir des conséquences sur son budget s'il est sanctionné pour cela.

Enfin, je constate que peu importe dans quel domaine social je travaillerai, il est essentiel que je sois consciente de ma subjectivité et particulièrement à l'écoute de mes clients. Voilà qui est, bien entendu, plus facile à dire qu'à faire.

Je pense que dans le domaine de la dépendance, il ne faut négliger ni la personne elle-même ni aucun aspect de son contexte de vie. Comme je l'ai présenté dans ma partie théorique, une rechute peut provenir de différents facteurs. Le professionnel n'est, d'après moi, jamais l'unique raison, ni la raison directe de la rechute du client, mais son rôle n'est de loin pas négligeable.

En fin de compte, est-il possible d'éviter de ne pas s'impliquer personnellement dans un accompagnement, de se cantonner à une espèce de neutralité détachée ? Est-il vraiment possible de suivre un individu sans avoir une influence, qu'elle soit bonne ou mauvaise, sur son parcours de vie ? Voici les questions qui me restent à l'esprit après avoir fait ce travail sur l'accompagnement des personnes alcoolodépendantes et l'influence qu'ont les professionnels sur les rechutes de ces dernières.

BIBLIOGRAPHIE

1. Références bibliographiques

- BARMAN, J.-D., (2008). *Dépendances : tous accros ? Drogues, alcool, tabac et cyberdépendance*. Saint-Maurice : Sain-Augustin.
- BATEL, Ph. (2006). *Pour en finir avec l'alcoolisme. Réalité scientifique contre idées reçues*. Paris : La découverte.
- BEAUD, S. & WEBER, F., (2010). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.
- BENDER, R. & GLASSIER-BRACCI, M., (2012). *Le Valais en chiffres*. Sion : Office de statistiques et de péréquation du canton du Valais.
- BRISSON, P., (2010). *Prévention des toxicomanies. Aspect théorique et méthodologie*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- CARO, C. & MORIN, E., (1990). *De l'alcoolisme au bien boire*. Paris : L'Harmattan.
- CHAPUIS, R. (1989). *L'alcool, un mode d'adaptation social ?* Paris : L'Harmattan.
- COULOMBIER, Y. (2007). *Manuel d'alcoologie sociale ou « les aventures d'Hercule... »*. Lyon: Chronique sociale.
- DANIS, D., (2002). *La codépendance du point de vue du Minnesota model*. In *Dépendances., Codépendance: de la problématique interindividuelle à la responsabilité socio-politique*. (pp. 14 à 16). Lausanne : GREA.
(<http://www.grea.ch/publications/dependances-17-codependance-de-la-problematique-interindividuelle-la-responsabilite-soc>).
- DEAPPEN, J.-P., (2009). *La dépendance à l'alcool. Guide de traitement combiné*. Paris : Flammarion.
- DEAPPEN, J.-P., (2003). *Vade Mecum d'alcoologie*. Genève: Médecine & Hygiène.
- FEUERLEIN, W. & DITTMAR, F. (1989). *Wenn Alkohol zum Problem wird*. Stuttgart : Georg Thieme.
- GAGLIARDI, B., MERCOLLI, M. & SOGUEL, I., (2009). *Introduction à la systémique*. Lausanne : École d'études sociales et pédagogiques (éesp).
- GAUSSOT, L. (2004). *Modération et sobriété. Études sur les usages sociaux de l'alcool*. Paris : L'Harmattan.
- GOMEZ, H. (1999). *La personne alcoolique*. Paris : Dunod.
- GOMEZ, H. (1997). *Soigner l'alcoolique*. Paris : Dunod.
- GRAF, M., (Pas de date). *Consommation d'alcool en Suisse : état des lieux chiffré*. Lausanne : Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies ISPA.
- GUEIBE, R. (2008). *L'alcoolisme au quotidien. De la consommation agréable à la dépendance*. Paris : SeliArslan.
- HILLEMAND, B. (2000). *L'alcoolisme*. Paris : Presses Universitaires de France.
- KAUFMANN, J.-C. (2011). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.
- KIRITZÉ-TOPOR, P. & BÉNARD J.-Y. (2001). *Le malade alcoolique*. Paris : Masson.

- KÖRKEL, J., (2001). *Rückfall muss keine Katastrophe sein*. Bern: Blaukreuz.
- KÖRKEL, J. & KURSE, G., (2005). *Basiswissen : Rückfall bei Alkoholabhängigkeit*. Bonn : Psychiatrie.
- KÖRKEL, J. & SCHINDLER, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin Heidelberg : Springer.
- LOONIS, E., (2002). *Théorie générale de l'addiction. Introduction à l'hédonologie*. Paris : Publibook.
- MANGHI, R., (pas de date). *Les addictions*. Genève : Hôpital universitaire Genève.
- MÜLLER, R., (2001). *L'alcool dans notre société – entre désir et tabou*. In *Dépendance., Du courage! Pour s'en sortir, pour accompagner, pour changer les images...* (pp. 8 à 11). Lausanne : GREa. (<http://www.grea.ch/publications/dependances-15-du-courage-pour-sen-sortir-pour-accompagner-pour-changer-les-images>).
- MUSCAT, R., VAN DE MHEEN, D. & BARENDREGT, C. (2012). *Vers une politique intégrée liée aux substances psychoactives : analyse théorique et empirique*. Strasbourg Cedex : Édition du Conseil de l'Europe.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE OFSP, (2011). *Consommation d'alcool en Suisse*. Suisse : Confédération suisse.
- PELLEGRI, Ch., (1994). *Soigner le malade alcoolique. Comprendre pour aider*. Paris : Lamarre.
- PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C. (1984). *The transtheoretical approach : crossing traditional boundaries of therapy*. Dow Jones/Irwin: Homewood III.
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L., (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- RAHIOUI, H. & REYNAUD M., (2006). *Thérapies Cognitives et Comportementales et Addictions*. Paris : Flammarion.
- RÖHR, H-P., (2009). *Sucht – Hintergründe und Heilung. Abhängigkeit verstehen und überwinden*. Düsseldorf : Patmos.
- SALOMON, L. (2012). *Cerveau, drogues et dépendances*. Berlin : Berlin.
- SCHADÉ, J. P., (2001). *Encyclopédie. Médecine et santé*. Paris : Serges Media Sarl.
- SCHMIDT, L. (1997). *Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch*. Stuttgart : Kohlhammer.
- SOLIOZ, E., (2011). *L'éthique de la recherche*. Sierre : HES·SO//Valais.
- SUCHT-WALLIS, (2002). *Suchtvorbeugung*. Brig : Sucht-Wallis.
- THOMAZEAU, A-M., (2002). *L'alcool, un drôle d'ami*. Paris : De la Martinière Jeunesse.
- UCHTENHAGEN, A (2002). *Kontrollverlust- eine sinnvolle diagnostische Kategorie ? Stellenwert für die Therapie?* Zürich : Institut für Suchtforschung.
- VALLEUR, M. & MATYSIAK, J-C. (2006). *Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris : Armand Colin.
- VOUILLAMOZ, P. & CARRON, G., (2012). *Les addictions sans substance?*. Sierre : Addiction Valais.

ZIMRING, F., (2000). *Revue trimestrielle d'éducation comparée*. In Perspectives, (Paris, UNESCO : Bureau international d'éducation), vol. XXIV, n°3/4, 1994 (91/92), p. 429-442. UNESCO : Bureau international d'éducation.

ZUFFEREY-PÉRISSET, A.-D. & al., (2009). *Histoire de la vigne et du vin en Valais. Des origines à nos jours*. Sierre-Salquenen : édition Musée valaisan de la Vigne et du Vin / Infolio.

2. Sites Internet

Addiction-Valais : <http://www.addiction-valais.ch> (Consulté août 2012).

Confédération suisse :

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/10157/index.html?lang=fr>
(Consulté mai 2012).

École polytechnique de Zürich :

http://www.evalguide.ethz.ch/project_evaluation/prov_eval_instr/conception_layer/goals/s_m_a_r_t_objectives_FR (Consulté mars 2013).

Green Facts : <http://www.greenfacts.org/fr/glossaire/tuv/toxicite.htm> (Consulté novembre 2012).

Les Alcooliques Anonymes de la Suisse francophone et italienne :
http://www.aasri.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=2
(Consulté Avril 2013).

Les Alcooliques Anonymes :

<http://www.aa.org/lang/fr/catalog.cfm?origpage=11&product=84> (Consulté avril 2013)

Parent. ch : <http://www.parent.ch/alcool-et-toxicomanie/708-chiffres.html> (Consulté avril 2012).

Sucht Schweiz : <http://www.suchtschweiz.ch/> (Consulté août 2012).

Sevrage et dépendance : <http://www.sevrage-dependance.fr/traitement-dependance/la-methode-minnesota/> (Consulté avril 2013).

Toxicomanie. org : <http://www.toxicomanie.org/> (Consulté novembre 2012).

.

Annexes

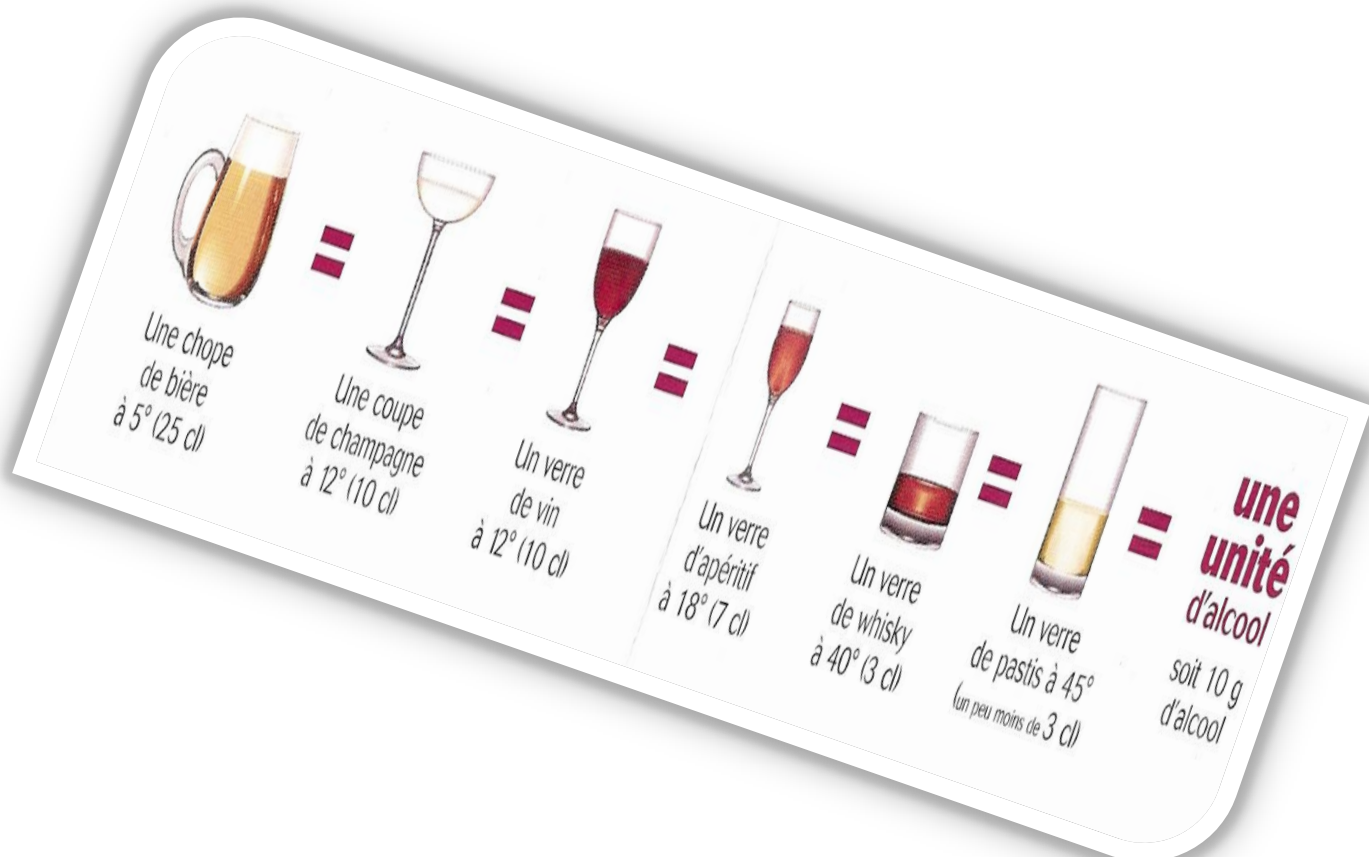
ANNEXES**1. Annexe I : Une unité d'alcool**

Figure 2 : L'alcool au féminin. (<http://esper.ch-roubaix.fr/pages/alcoolfempage.htm>)

2. Annexe II : La courbe en « U » de Jellinek

« Les différentes étapes identifiées par Jellinek sont :

1. Consommation occasionnelle pour obtenir un effet psychique, indépendamment du goût.
 2. Consommation régulière, quotidienne ou au moins hebdomadaire pour obtenir un effet psychique.
 3. Attachement dissimulé à l'alcool.
 4. Besoin pressant de boire quelques verres.
 5. Impossibilité de contrôler les quantités d'alcool à partir du premier verre.
 6. Apparition d'un sentiment de culpabilité intermittent.
 7. Début des "trous de mémoire".
 8. Prétextes avancés pour justifier la consommation d'alcool, mensonges visant à cacher les alcoolisations.
 9. Comportements incontrôlés, grandiloquents ou agressifs.
 10. Sentiment de culpabilité et de honte persistant. Apitoiement sur soi.
 11. Promesses et résolutions d'abstinence non tenues.
 12. Échec des essais de limitation volontaire de consommation.
 13. Abandon progressif de tous les centres d'intérêts antérieurs.
 14. Retrait de la vie amicale et sociale.
 15. Distensions familiales provoquées par l'alcoolisation.
 16. Souci de travail et d'argent en relation avec l'alcoolisation.
 17. Sentiment de persécution.
 18. Nourriture négligée.
 19. Passivité. Impossibilité d'efforts physiques ou intellectuels.
 20. Apparence extérieure négligée.
 21. Détérioration physique manifeste.
 22. Erreurs grossières de jugement.
 23. Incapacité à prendre une décision.
 24. Obsession de l'alcool.
 25. Perte des critères de morale sociale (multiplication des dettes, vols,...).
 26. Vagues aspirations spirituelles.
 27. Sentiment de toucher le fond.
- Prise en charge du rétablissement :
1. Désir sincère d'être aidé.
 2. Acceptation de la démarche de soins.
 3. Identification de l'alcoolisme comme une maladie (psychique et physique).

4. Accepter d'en parler avec les soignants.
5. Accepter d'en parler avec d'autres alcooliques.
6. Se reconnaître sans détours comme un alcoolique, c'est-à-dire accepter le fait qu'on ne saura jamais boire de l'alcool avec modération, accepter "son impuissance devant l'alcool".
7. Prise de conscience qu'un nouveau mode de vie est possible par l'abstinence. »⁵⁶

⁵⁶ GOMEZ, H., (1999). *La personne alcoolique*. Paris : Dunod. (Pp. 165-167).

3. Annexe III : Grille d'entretien pour les professionnels du stationnaire

Contexte : Accueillir la personne dans un endroit calme où les deux protagonistes se sentiront à l'aise.

Je me présente (nom, prénom, formation, raison pour l'entretien, etc...)

Je présenterais le but et les objectifs de la recherche.

Je présente le questionnaire.

Je préciserais toute la question de la confidentialité des données et lui demanderais par la suite si elle veut être nommée dans mon dossier ou si elle préfère rester anonyme.

J'explique que la population concernée dans mon entretien sont des personnes alcooliques ayant fait un séjour dans un centre résidentiel et se trouvant actuellement dans un service ambulatoire.

Je rappelle à la personne que l'entretien sera enregistré, mais uniquement pour un usage personnel.

Je lui demande quelle est sa profession.

Je lui demande si elle a encore des questions ou des commentaires à faire avant le début de l'entretien.

Je lui demande pour finir, comment elle se sent et si elle est prête à commencer.

« Début de l'enregistrement »

1. QUESTIONNEMENT :

- Mon questionnement porte sur la question de la rechute : dans quelle mesure estimez-vous que la thématique est importante ?

2. NOTION DE RECHUTE :

- Qu'entendez-vous par rechute ?
 - D'après vous, y a-t-il une différence entre rechute et dérapage ?
- Quelles sont vos idées au sujet d'une rechute ? (peuvent-elles être évitées, minimisées, cela dépendant des sujets, etc...)
- Abordez-vous la question de la rechute dans vos colloques ?
 - Si oui, comment l'abordez-vous ?
 - Si non, pourquoi cette problématique n'était-elle pas abordée ?

3. QUESTIONNEMENT DU SUIVI AMBULATOIRE APRÈS UN PLACEMENT STATIONNAIRE :

- Dans votre pratique professionnelle à Addiction-Valais (dans le service résidentiel), avez-vous des clients qui vont dans le service ambulatoire après le séjour stationnaire ?
 - Si oui, la volonté de faire ce suivi vient de qui ?
 - Si non, pourquoi pensez-vous que les personnes arrêtent leur thérapie après le séjour résidentiel ?

- D'après vous, quel est le but de faire un suivi ambulatoire après un placement stationnaire ?
 - Qu'est-ce qui est recherché dans cette continuité de la thérapie ?
- D'après vous, quels sont les avantages pour un client d'avoir un suivi ambulatoire après un placement stationnaire, en ce qui concerne la prévention des rechutes ?

4. LES OUTILS DU SERVICE STATIONNAIRE :

- Abordez-vous la question de la rechute avec vos clients ?
 - Si oui, à partir de quand ?
 - Si non, pourquoi ne pas aborder la question de la rechute ?
- Quel est votre rôle dans le domaine de la prévention des rechutes avec les clients ?
 - Quelles influences avez-vous dans la prévention des rechutes ?
 - Comment vous y prenez-vous ?
- Quels sont les outils utilisés dans le service stationnaire pour prévenir les rechutes éventuelles ?
 - Lesquels sont transmis aux clients ?
- Quel est le processus de la prise en charge dans le service ?
- Avez-vous l'impression d'avoir plus ou moins de moyens pour pouvoir accompagner les personnes dans la prévention des rechutes que les centres ambulatoires ?
 - Que pouvez-vous donner de plus ou de moins aux clients que les centres ambulatoires ?
- Conseillez-vous à tous vos clients de faire un suivi ambulatoire après un placement stationnaire ?
 - Si oui, pour quelles raisons ?
 - Si non, pourquoi le placement ambulatoire pour certains et pas pour d'autres ?
 - Que faut-il aux autres ?

5. QUESTION PLUS PERSONNELLES

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
 - Il y a-t-il eu des changements de prise en charge durant ces années, mois, semaines depuis que vous travaillez dans ce secteur ?
 - Si oui lesquels ?
 - Si non, pourquoi pensez-vous qu'il n'y ait pas eu de changement ?
 - Est-elle si efficace ?
- Avez-vous déjà travaillé dans un centre ambulatoire ?
 - Si oui, quelles sont les différences que vous pouvez établir ?
- Pensez-vous pouvoir faire éviter une rechute à un client ?
- En quoi, d'après vous, le service ambulatoire après un placement stationnaire joue-t-il un rôle dans la prévention des rechutes ?

6. QUESTIONNEMENT OUVERT :

- Avez-vous encore des questions ou des commentaires à rajouter ?

7. REMERCIEMENT

« *Fin de l'enregistrement* »

Contexte : Je demande si la personne se sent bien et la remercie encore une fois de sa participation.
Je lui demande comment elle s'est sentie durant l'entretien
J'explique à la personne que si elle a encore des remarques, commentaires ou questions, il y a toujours possibilité de me contacter par mail.

4. Annexe IV : Grille d'entretien pour les professionnels de l'ambulatoire

Contexte : Accueillir la personne dans un endroit calme où les deux protagonistes se sentiront à l'aise.

Je me présente (nom, prénom, formation, raison pour l'entretien, etc...)

Je présente le but et les objectifs de la recherche.

Je présente le questionnaire.

Je précise toute la question de la confidentialité des données et lui demanderais par la suite si elle veut être nommée dans mon dossier ou si elle préfère rester anonyme.

J'explique que la population concernée dans mon entretien sont des personnes alcooliques ayant fait un séjour dans un centre résidentiel et se trouvant actuellement dans un service ambulatoire.

Je rappelle à la personne que l'entretien sera enregistré, mais uniquement pour un usage personnel.

Je lui demande quelle est sa profession.

Je lui demande si elle a encore des questions ou des commentaires à faire avant le début de l'entretien.

Je lui demande pour finir, comment elle se sent et si elle est prête à commencer.

« Début de l'enregistrement »

8. QUESTIONNEMENT :

- Mon questionnement porte sur la question de la rechute, dans quelle mesure estimez-vous qu'il s'agisse d'une thématique importante ?

9. NOTION DE RECHUTE :

- Qu'entendez-vous par rechute ?
 - D'après vous, y a-t-il une différence entre rechute et dérapage ?
- Quelles sont vos idées au sujet d'une rechute ? (peuvent-elles être évitées, minimisées, cela dépendant des sujets, etc...)
- Avez-vous beaucoup de personnes qui reprennent contact avec vous après une rechute ?
 - Si oui, qu'entreprenez-vous ?
 - Utilisez-vous une autre approche que la première fois ?
 - Si non, pour quelles raisons pensez-vous que les personnes ne vous recontactent plus ? (Trouver d'autres moyens ? sont-elles parvenues à utiliser les outils reçus durant la thérapie ? N'ont pas de rechute, etc...)
- Abordez-vous la question de la rechute dans vos colloques ?
 - Si oui, comment l'abordez-vous ?
 - Si non, pourquoi cette problématique n'était-elle pas abordée ?

10. QUESTIONNEMENT DU SUIVI AMBULATOIRE APRÈS UN PLACEMENT STATIONNAIRE :

- Dans votre pratique professionnelle à Addiction-Valais (dans le service ambulatoire), avez-vous des clients sortant d'un centre résidentiel ?
 - Si oui, la volonté de faire ce suivi vient de qui ?
 - Si non, pourquoi pensez-vous que les personnes arrêtent leur thérapie après le séjour résidentiel ?
- Dans quel but faire un suivi ambulatoire après un placement stationnaire ?
 - Qu'est-ce qui est recherché dans cette continuité de la thérapie ?
- D'après vous, quels sont les avantages pour un client d'avoir un suivi ambulatoire après un placement stationnaire, en ce qui concerne la prévention des rechutes ?

11. LES OUTILS DES ASSISTANTS SOCIAUX DANS LE SERVICE AMBULATOIRE :

- Abordez-vous la question de la rechute ?
 - Si oui, à partir de quand et comment ?
 - Si non, pourquoi ne pas aborder la question de la rechute ?
- Quel est votre rôle dans le domaine de la prévention des rechutes avec les clients ?
 - Quelles influences avez-vous dans la prévention des rechutes ?
 - Comment vous y prenez-vous ?
- Quels sont les outils utilisés dans le service ambulatoire pour prévenir les rechutes éventuelles ?
 - Lesquels sont transmis aux clients ?
- Quel est le processus de la prise en charge dans le service ?
- Avez-vous l'impression d'avoir davantage de moyens pour pouvoir accompagner les personnes dans la prévention des rechutes que les centres résidentiels ?
 - Que pouvez-vous donner de plus aux clients que les centres résidentiels ?

12. QUESTIONS PLUS PERSONNELLES

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
 - Il y a-t-il eu des changements de prise en charge durant ces années, mois, semaines depuis que vous travaillez dans ce secteur ?
 - Si oui lesquels ?
 - Si non, pourquoi pensez-vous qu'il n'y ait pas eu de changement ?
 - Est-elle si efficace ?
- Avez-vous déjà travaillé dans un centre résidentiel ?
 - Si oui, quelles sont les différences que vous pouvez établir ?
- Pensez-vous pouvoir faire éviter une rechute à un client ?
 - Par quels moyens concrètement ?

- Si non, pourquoi ?
- En quoi, d'après vous, le service ambulatoire après un placement stationnaire joue-t-il un rôle dans la prévention des rechutes ?

13. QUESTIONNEMENT OUVERT :

- Avez-vous encore des questions ou des commentaires à rajouter ?

14. REMERCIEMENT

« Fin de l'enregistrement »

Contexte : Je demande si la personne se sent bien et la remercie encore une fois de sa participation.
Je lui demande comment elle s'est sentie durant l'entretien.
J'explique à la personne que si elle a encore des remarques, commentaires ou questions, il y a toujours possibilité de me contacter par mail.

5. Annexe V : Grille d'entretien pour les clients

Contexte : Accueillir la personne dans un endroit calme où les deux protagonistes se sentiront à l'aise.

Je me présente (nom, prénom, formation, raison pour l'entretien, etc...)

Je présente le but et les objectifs de la recherche.

Je présente le questionnaire (explique le fonctionnement, comment il est divisé)

Je précise toute la question de la confidentialité des données.

J'explique également qu'il y aura des questions délicates et que le client est dans son droit de refuser de répondre à une ou l'autre des questions.

Je rappelle à la personne que l'entretien sera enregistré, mais uniquement pour mon propre usage.

Je lui demande si elle a encore des questions ou des commentaires à faire avant le début de l'entretien.

Je lui demande pour finir, comment elle se sent et si elle est prête pour commencer.

« Début de l'enregistrement »

1. QUESTIONS PERSONNELLES :

- Quel âge avez-vous ?
- Où avez-vous fait votre séjour stationnaire ?
- Dans quel service ambulatoire êtes-vous actuellement ?
- Serait-il possible de m'expliquer en quelques mots votre parcours « alcoolique » ?
 - La première consommation d'alcool
 - Début de la consommation excessive
 - Dans quelles situations sociales (privées et professionnelles) étiez-vous à ce moment ?
 - Quel a été l'élément déclencheur pour aller chercher de l'aide ?
 - Y a-t-il eu plusieurs tentatives de recherche d'aide ?
 - Auprès de qui êtes-vous allé chercher de l'aide ?
 - Avez-vous reçu un soutien de vos proches (avant une aide professionnelle, pendant cette aide, durant la rechute, etc...)
 - Si oui, de quel type ?
- Quel était votre rapport à l'alcool avant la consommation excessive, pendant la consommation excessive et maintenant ?
- Quel est le but recherché par le traitement/thérapie ? (Abstinence, consommation contrôlée,...)
 - Y a-t-il eu des changements d'objectif durant le traitement ?

2. QUESTIONS AU SUJET DU SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL :

- Avez-vous connu d'autres placements résidentiels avant celui effectué chez Addiction-Valais ?

- Si oui, où était-ce ?
 - Combien de temps a duré votre séjour dans le service stationnaire ?
 - Était-il la durée prévue ?
 - Avez-vous abordé la question de la rechute dans le centre résidentiel ?
 - Si oui, par qui ? (profession)
 - Si non, pourquoi ? Pensez-vous que la thématique de la rechute n'a pas été abordée.
 - Quels outils vous ont été donnés durant la thérapie pour faire face à une rechute éventuelle ?
 - Que pensez-vous du suivi du service au niveau de la préparation des rechutes probables ?
 - Pourquoi avoir décidé de faire un séjour dans un centre résidentiel ?
 - Pourquoi avez-vous décidé de continuer votre parcours thérapeutique dans un service ambulatoire après avoir fait un séjour résidentiel ?
 - Pourquoi ne pas avoir arrêté après le placement stationnaire ?
 - La transition s'est faite par qui ?
 - S'est-elle faite rapidement ?
3. QUESTIONS AU SUJET DU SUIVI AMBULATOIRE, APRÈS LE PLACEMENT STATIONNAIRE :
- Depuis combien de temps êtes-vous actuellement dans le service ambulatoire ?
 - Quelle est la régularité des entretiens avec votre conseiller ?
 - D'où vient cette initiative de faire une thérapie ambulatoire après avoir fait un séjour dans un établissement résidentiel ? (Conseil des professionnels, d'anciens résidents ? Amis ? Expériences déjà faites auparavant ? Etc... ?)
 - Quel est votre but/objectif en allant dans le service ambulatoire ?
 - Que cherchez-vous à atteindre ?
 - Avez-vous déjà abordé la question de la rechute depuis que vous êtes dans le service ambulatoire ?
 - Après combien d'entretien la question s'est-elle posée ?
 - Quels sont les outils que le service ambulatoire vous a transmis pour faire face à une rechute potentielle ?
4. QUESTION AU SUJET DES RECHUTES ?
- Quelle est votre définition d'une rechute ?
 - Boire une fois un verre est donc pour vous une rechute ?
 - Avez-vous déjà pensé à la possibilité de faire une rechute, avant/pendant/après le traitement ?
 - Quels seraient les contextes externes d'après vous qui pourraient provoquer une rechute (chez vous) ?
 - Croyez-vous être en mesure de faire face à une éventuelle rechute ?
 - Si oui, pourquoi ?
 - Si, non pourquoi ?
 - Avez-vous déjà fait une rechute ?

- Si oui, comment vous vous êtes pris pour être à nouveau ici ?
- Si non, comment vous avez fait pour tenir le coup ?

5. QUESTIONNEMENT OUVERT :

- Avez-vous encore des questions ou des commentaires à rajouter ?

6. REMERCIEMENT

« *Fin de l'enregistrement* »

Contexte : Je demande si la personne se sent bien et la remercie encore une fois de sa participation.
Je lui demande comment elle s'est sentie durant l'entretien
J'explique à la personne que si elle a encore des commentaires, remarques ou questions, il y a toujours possibilité de me contacter par mail.