

Charlène BLETZACKER  
Promotion 2013-2016

*Travail de Fin d'Etudes*

En vue de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier  
Sous la guidance de Marie-Paule TRAUTMANN

Session 1 – Janvier 2016



*Toi, l'alcool et moi*

*L'accompagnement de l'entourage  
dans la prise en soins du patient alcoolodépendant*

IFSI Saint Vincent  
20 a, rue Sainte Marguerite  
67000 Strasbourg

Charlène BLETZACKER  
Promotion 2013-2016

*Travail de Fin d'Etudes*

En vue de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier  
Sous la guidance de Marie-Paule TRAUTMANN

Session 1 – Janvier 2016

## Toi, l'alcool et moi

*L'accompagnement de l'entourage  
dans la prise en soins du patient alcoolodépendant*

IFSI Saint Vincent  
20 a, rue Sainte Marguerite  
67000 Strasbourg

## Remerciements

A ma directrice de mémoire, Marie-Paule Trautmann, qui m'a donné de précieux conseils et a su m'aider à donner à ce travail l'orientation que je souhaitais.

A l'équipe pédagogique 2013-2016 et en particulier à ma formatrice référente Hélène Schlepp. Merci pour votre disponibilité, votre écoute et votre soutien sans faille durant ces 3 années de formation.

A tous les soignants que j'ai pu rencontrer durant ces 3 années et qui ont fait de moi la soignante que je serai demain.

Aux bénévoles de l'association, aux proches et aux infirmiers interrogés, pour votre accueil, votre aide et le formidable partage de vos expériences.

A ma maman pour son soutien dans tous les domaines et son écoute dans les moments difficiles, pour avoir toujours cru en mes capacités et m'avoir encouragée dans tout ce que j'ai entrepris dans ma vie.

A ma marraine pour sa relecture et ses encouragements.

A mes amies, Marilyn pour tes encouragements et ton soutien ; Laurie pour ton aide, ta relecture et tes encouragements ; Céline et Emilie rencontrées à l'IFSI, pour votre aide et votre soutien et surtout pour tous ces bons moments.

A mon compagnon pour ses encouragements et son soutien sans faille tout au long de la formation. Merci de m'avoir supporté durant l'élaboration de ce travail et d'avoir toujours cru en moi et mes capacités.

A tous, un très grand **merci** ...

## Sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2. Situation de départ</b>	<b>2</b>
2.1. <i>Situation d'appel</i>	2
2.2. <i>Objet de recherche</i>	3
2.2.1. Questionnement émanant de la situation	3
2.2.2. Analyse de la situation	3
2.2.3. Question de départ	5
<b>3. Investigation exploratoire théorique</b>	<b>6</b>
3.1. <i>Alcool : définition et origine</i>	6
3.1.1. Alcoolisme ou addiction à l'alcool	7
3.1.2. La dépendance physique et psychique	8
3.1.3. Alcoolisme chronique : quelles répercussions ?	9
3.1.3.1. Les conséquences physiques	9
3.1.3.2. Les conséquences psychologiques	9
3.1.3.3. Les conséquences sociales	10
3.2. <i>Le processus de réhabilitation</i>	11
3.2.1. Induire une volonté de changement	11
3.2.1.1. Les différentes étapes du changement	11
3.2.1.2. L'entretien motivationnel	12
3.2.2. Le sevrage	13
3.2.3. Rester abstinent	13
3.2.4. Consommation contrôlée : l'alternative à l'abstinence ?	14
3.3. <i>L'entourage : perdu au cœur de cette problématique alcoolique</i>	15
3.3.1. La famille et l'entourage	15
3.3.2. La codépendance	16
3.3.3. Accompagner l'entourage sans desservir la personne dépendante	17
3.3.3.1. Les entretiens familiaux et individuels	19
3.3.3.2. Les groupes de paroles et associations	19

<b>4. Investigation exploratoire de terrain .....</b>	<b>20</b>
4.1. <i>La méthodologie</i> .....	20
4.1.1. La population cible .....	20
4.1.2. Les critères d'inclusion.....	20
4.1.3. Les structures investiguées .....	21
4.1.4. Les objectifs de l'enquête .....	21
4.1.5. Les outils de l'enquête .....	21
4.2. <i>Présentation et analyse des résultats de l'enquête</i> .....	22
4.2.1. Les conséquences de l'alcoolisme sur l'entourage .....	23
4.2.2. Les besoins, les difficultés et les attentes de l'entourage .....	23
4.2.3. L'accompagnement de l'entourage.....	24
4.2.4. La codépendance .....	25
4.3. <i>Les limites de l'enquête</i> .....	26
<b>5. Problématique.....</b>	<b>27</b>
<b>6. Conclusion .....</b>	<b>28</b>
<b>7. Bibliographie .....</b>	<b>29</b>
<b>8. Annexes .....</b>	<b>I</b>
8.1. Annexe I : Guide d'entretien infirmier .....	I
8.2. Annexe II : Guide d'entretien bénévole.....	I
8.3. Annexe III : Guide d'entretien proche .....	II
8.4. Annexe IV : Tableau de présentation des personnes interrogées .....	III
8.5. Annexe V : Tableaux de présentation des résultats de l'enquête .....	III
8.6. Annexe VI : Modèle de changement transthéorique, James Prochaska et Carlo Di Clemente .....	IX

## Glossaire

CSAPA = Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSSRA = Centre de Soins de Suites et de Réadaptation en Addictologie

SAU = Service d'Accueil des Urgences

ELSA = Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

IDE = Infirmier Diplômé d'Etat

## 1. Introduction

Pour ce travail de fin d'études (TFE), j'ai décidé de me diriger vers l'alcoolodépendance et plus précisément vers l'accompagnement de l'entourage du patient alcoolodépendant. Je ne peux pas dire que l'addictologie est un milieu qui m'attirait particulièrement. Lorsqu'au semestre 2, on m'a proposé de faire un stage au Centre de Soins de Suites et de Réadaptation en Addictologie j'ai hésité à accepter car c'est un milieu inconnu et mal vu. Pourtant, la curiosité m'a poussé à le faire. J'ai découvert un milieu totalement différent de ce à quoi je m'attendais. J'ai observé dans ce lieu de soin des valeurs qui me sont chères en tant que soignante : le respect de la personne, de son histoire, l'acceptation de ses échecs et de ses limites, l'accompagnement vers un mieux-être. Tout au long de ce stage, je n'ai cessé de me répéter que chacun d'entre nous pouvait un jour être confronté à la dépendance ou à celle d'un proche. Dans ma situation d'appel, on retrouve une mère et ses enfants dans un contexte d'alcoolodépendance. J'aurai pu être un de ces enfants car ils avaient le même âge que moi. C'est ce qui m'a particulièrement interpellé dans cette situation et qui m'a poussé à en faire le thème de mon TFE.

Aussi, le patient est toujours au centre de la prise en charge. Toutefois en tant qu'infirmier, et ce peu importe le service et le type de pathologie, nous côtoyons quasi quotidiennement l'entourage et devons faire face à leurs problématiques.

Parler de son addiction ou de celle d'un proche est encore difficile dans notre société. Pourquoi ? Car les représentations autour de cette maladie sont encore très présentes. Parler de cancer ou de diabète est plus facile car ce ne sont pas des maladies à connotation négative. L'alcoolodépendance crée un sentiment de honte chez tous ceux qu'elle touche.

Je débiterai ce travail en présentant une situation qui m'a interpellée, l'analyserai et en dégagerai une question de départ. Ensuite, j'exposerai mon cadre théorique avec les différents concepts émanant de la question de départ, puis je présenterai l'enquête menée et ses résultats. Enfin, au vu du cadre théorique et des résultats de l'enquête, j'exposerai ma question de recherche.

## 2. Situation de départ

### 2.1. Situation d'appel

Lors du semestre 2, j'ai effectué un stage dans un Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (CSSRA). Durant cette période, j'ai également pu découvrir le CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) du centre hospitalier à proximité en l'intégrant pendant 2 semaines.

Mme N arrive au Service d'Accueil des Urgences (SAU) vers 8h suite à une alcoolisation accompagnée des violences familiales. C'est le plus jeune de ses fils (17 ans) qui a appelé les pompiers. Elle a des antécédents d'alcoolisme chronique et est suivie par le CSAPA du CH. Mme N a effectué un sevrage et est ressortie de l'hôpital il y a moins d'une semaine. Le personnel soignant du SAU contacte l'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) dès l'arrivée de la patiente. L'ELSA est composée des mêmes membres que le CSAPA, la patiente les connaît donc bien. Lorsque nous arrivons, la patiente est en pleure. Elle nous dit qu'elle ne sait plus comment faire, qu'elle a besoin d'aide et de parler à quelqu'un qui la comprend car selon elle, sa famille ne comprend pas et n'est pas compatissante. Nous lui disons que nous sommes là pour l'écouter et parler avec elle. Elle commence donc à nous raconter ce qu'il s'est passé.

Lorsqu'elle est rentrée, les 2 premiers jours se sont bien passés. Le 3ème jour elle a commencé à avoir du craving (envie irrésistible de boire). Le 4ème jour elle a craqué et est partie acheter des bières (hier soir). Cette nuit, n'arrivant pas à dormir, elle a attendu jusqu'au petit matin l'ouverture de la boulangerie du village pour aller y acheter 3 bières et du pain. Elle rentre chez elle et les boit. Elle nous dit que si elle n'arrivait pas à dormir c'est parce qu'elle pensait à son mari (décédé il y a 2 ans dans un accident de moto) et qu'il lui manque terriblement. Elle pensait que boire apaiserait son chagrin. Après avoir bu c'était encore pire. Lorsque son fils aîné (21 ans) se lève pour aller travailler il la découvre dans la cuisine et comprend qu'elle a bu. Elle nous dit qu'il est entré dans une rage folle et a commencé à la violenter en lui donnant des coups dans les côtes. C'est le plus jeune de ses fils qui l'a arrêté et a appelé les pompiers. Elle nous avoue aussi, un peu honteuse, que lorsqu'elle a vu qu'elle n'était pas apaisée avec les 3 bières, elle avait bu de la biseptine en pensant qu'il y avait de l'alcool dedans.

Elle nous demande de l'aider, elle dit qu'elle ne peut plus continuer comme ça. Elle nous demande de l'hospitaliser en psychiatrie car elle a bien vu que le simple sevrage ne fonctionnait pas.

Après concertation entre les médecins et l'ELSA, Mme N est hospitalisée en psychiatrie. Par la suite, elle reviendra en service de médecine pour stabiliser son sevrage. Au CSAPA, ils travailleront aussi avec ses enfants sur leur relation, leur manque de confiance les uns envers les autres, le décès du mari/père. Elle accepte ensuite de suivre une cure dans un des CSSRA de la région, ce qu'elle avait refusé lors de son premier sevrage.



## 2.2. Objet de recherche

### 2.2.1. Questionnement émanant de la situation

- ❖ Quelles sont les modalités d'accompagnement d'un patient en sevrage ?
- ❖ Peut-on identifier les raisons de l'échec du sevrage chez Mme N ? L'échec fait-il partie du processus de sevrage ?
- ❖ Que peut-on proposer au patient afin de consolider son abstinence une fois de retour chez lui ?
- ❖ La dynamique familiale semble perturbée. Que pouvons-nous, en tant qu'infirmier, mettre en place afin d'améliorer cela ? Est-ce notre rôle ?
- ❖ Cette dynamique familiale perturbée a-t-elle contribué à l'échec du sevrage ?
- ❖ Faut-il travailler avec la famille en amont ? Doit-on les préparer afin de favoriser la réussite du sevrage ?
- ❖ La famille peut-elle être un allié dans le processus de réhabilitation du malade alcoolique ? Que faudrait-il mettre en place pour permettre cela ? Qu'en est-il du secret professionnel ?
- ❖ Peut-on qualifier la famille d'aidant naturel dans ce type de pathologie ?

### 2.2.2. Analyse de la situation

Dans cette situation, le problème central est l'addiction à l'alcool de Mme N. L'addiction à l'alcool ou l'alcoolisme est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « une maladie et le définit comme des « troubles mentaux et troubles du comportement » liés à l'utilisation d'alcool. Cette perte de contrôle s'accompagne généralement d'une dépendance physique caractérisée par un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation (pharmacodépendance), une dépendance psychique, ainsi qu'une tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet). » (Wikipédia). Cette maladie a des conséquences désastreuses sur la vie sociale de la personne et sur sa santé psychique. La dépendance alcoolique est également responsable de la survenue de nombreuses pathologies telles que des cancers, des maladies cardiovasculaires, des maladies digestives, du diabète de type 2 ou encore des troubles neurologiques. Elle est donc un problème de santé publique majeur en France. En effet, on estime à 2 millions le nombre de personnes alcoolodépendantes en France (Raynal et al. 2012), et presque autant de familles en détresse.

Le second problème majeur de cette situation concerne la dynamique familiale dysfonctionnelle. La famille de Madame N était il y a peu encore, une famille qu'on peut qualifier de nucléaire. C'est-à-dire un couple et leur(s) enfant(s) habitants sous le même toit. Suite au décès du mari il y a 2 ans, le fonctionnement de cette famille a été subitement perturbé. Madame N s'est retrouvée à la tête d'une famille monoparentale qu'on définit comme étant une « famille qui ne comporte qu'un seul parent, élevant un ou plusieurs enfants » (Psychologie.com). Dans cette situation, il aurait été attendu de la famille qu'elle s'adapte et qu'elle trouve les ressources nécessaires, malgré la tristesse engendrée par de la perte du mari et père, afin de reconstruire la structure familiale permettant ainsi à chacun de trouver sa place. Deux ans après ce bouleversement, on retrouve une famille en difficulté avec la dépendance à l'alcool de la mère et les accès de violence du fils.

Suite au décès du père, le fils aîné a-t-il pris la place du chef de famille ? On peut poser le diagnostic infirmier de dynamique familiale dysfonctionnelle, qui selon Lynda Juall Carpenito-Moyet (2012), est définie comme un « dysfonctionnement psychosocial, spirituel ou psychologique chronique de la cellule familiale, caractérisé par des conflits, une dégénération des problèmes, une résistance au changement, une incapacité de résoudre efficacement les problèmes et d'autres types de crises personnelles récurrentes » (p.229). L'alcoolisme d'un membre de la famille est un facteur favorisant de ce diagnostic. En effet, cette pathologie a souvent des conséquences désastreuses pour la famille de la personne dépendante, qui est souvent mise à mal et épuisée. Les alcoolisations répétées provoquent « des conflits répétitifs de couple jusqu'à une possible séparation et d'importants dommages affectifs sur les enfants. » (Acier, 2012, p. 21). L'entourage éprouve des difficultés à voir la personne qu'ils aiment se détruire ainsi et tentent par tous les moyens de l'aider. Parfois, cela « génère chez les proches des comportements spécifiques d'adaptation aux difficultés, et notamment que les préoccupations liées à l'alcool envahissent tous les aspects de la vie du conjoint au détriment de son propre épanouissement » (Tamian, 2015, p.68). Après tant de mensonges et de promesses non tenues, l'entourage craque et délaisse souvent la personne dépendante. Tant qu'il est encore présent, il est donc important d'encourager la personne dépendante à entretenir le lien avec son entourage et préserver au mieux leur relation.

Peut-on, dans cette situation, parler de codépendance ? La codépendance est souvent un comportement acquis par le conjoint de la personne dépendante. Mais en l'absence de conjoint, peut-on penser que le fils aîné (ou les 2) ait pris cette place et soit devenu codépendant ? Selon Melody Beattie, « l'individu codépendant est celui qui s'est laissé affecter par le comportement d'un autre individu et qui se fait une obsession de contrôler le comportement de cette personne. » (cité par Jaquet, 2013, p.82). En l'absence d'entretiens avec les enfants lors du 1<sup>er</sup> sevrage, nous n'avons que peu d'éléments sur le déroulement de leur vie de famille et leurs ressentiments au regard de la maladie de leur mère. L'entretien avec le/la conjoint(e) est fréquent lors de la prise en soins d'une personne alcoolodépendante. Mais lorsqu'il n'est plus présent, faut-il immédiatement penser aux personnes les plus proches comme les enfants ? Cela pourrait-il permettre de prévenir voire de dépister la codépendance d'un proche ?

Dans cette situation, nous avons pu constater que les enfants de Mme N n'ont pas été accompagnés au début de sa prise en soin. Cela aurait peut-être été nécessaire car ils semblent très éprouvés par la perte du père et le sentiment de perdre peu à peu leur mère. Les ressentis des enfants n'ont été découverts qu'après l'échec du premier sevrage, une fois les entretiens mis en place. Souvent, la prise en soins d'une personne dépendante est « centrée presque exclusivement sur la problématique du parent alcoolique, laissant dans l'oubli la condition de l'enfant. » (Gomez, Claudon & Ostermann, 2015, p.316). L'intégration de l'entourage pourrait-il avoir un effet positif sur la prise en soins du patient dépendant ?

« Le sevrage thérapeutique en alcool (...) correspond à l'arrêt de la consommation d'alcool et vise l'entrée dans un processus d'abstinence durable. Les rechutes dans les trois mois post-sevrage restent néanmoins très fréquentes. » (Karila, L., Karmous, R., Delacotte, C. & Reynaud, M., 2006, p. 52).

Le premier sevrage de Mme N n'a pas été concluant car elle a rapidement reconsommé une fois de retour au domicile familial. Malgré cet échec, nous pouvons constater que l'équipe soignante s'est rapidement remise en question afin de repérer les raisons éventuelles de cet échec et lui proposer une prise en soins différente. A sa demande, Mme N a donc été hospitalisée en psychiatrie. Elle est ensuite revenue au service de médecine du centre hospitalier afin de stabiliser le sevrage. Durant ce temps d'hospitalisation, elle a bénéficié d'un accompagnement par le CSAPA, notamment avec des entretiens motivationnels qui lui ont permis d'effectuer sa demande d'entrée en centre de postcure. De plus, des entretiens avec les enfants (avec et sans la mère) ont également été mis en place afin de leur donner plus d'informations sur la maladie, le traitement, de mettre à plat les tensions entre la mère et les enfants et de leur permettre d'exprimer leurs ressentis.

Globalement, ce premier sevrage fut un échec sur le plan de l'arrêt des consommations. Toutefois, on peut également le qualifier de réussite car il aura permis à Mme N une meilleure prise de conscience de sa maladie et une entrée dans un processus de réhabilitation avec une réelle motivation à améliorer sa condition.

### 2.2.3. Question de départ

**En quoi l'accompagnement de l'entourage par l'IDE peut-il améliorer la prise en soins du patient alcoolodépendant lors du processus de réhabilitation ?**

*« La vraie dépendance est celle qui nous lie les uns aux autres. »*

Maisondieu, 1998, p. 57

### 3. Investigation exploratoire théorique

Afin d'accompagner l'entourage, il est important de réellement comprendre la problématique alcoolique. C'est pourquoi nous débuterons avec une première partie sur l'alcool et la dépendance puis une seconde partie sur le processus de réhabilitation, avant d'aborder la question de l'entourage dans une troisième partie.

#### 3.1. Alcool : définition et origine

Le mot alcool est issu de l'arabe « al khol » et désignait une poudre noire utilisée pour la distillerie. Cette poudre noire était également la base du « khôl », maquillage noir utilisé par les femmes maghrébines pour sublimer leurs yeux. Ce terme représente la notion de masque, de mensonge et d'illusion.

Le terme addiction rassemble les « conduites de dépendances aux substances psychoactives pour s'élargir aux conduites compulsives diverses. » (Tamian, 2015, p.56). L'alcool ayant une action sur le cerveau, est considéré comme une substance psychoactive, au même titre que la cocaïne, le tabac ou le cannabis. C'est également une substance toxique pour l'organisme, car à haute dose, il existe un risque de coma éthylique important.

L'alcool est une toute petite molécule, miscible dans l'eau et les liquides. Notre organisme étant constitué de plus de 66% d'eau, l'alcool peut diffuser dans tous les tissus de notre organisme : le cerveau, le cœur, les yeux, le foie, les os, les muscles, les nerfs. « L'alcool (...) est la substance psychoactive la plus consommée dans le monde. L'alcool est la consommation la plus admise socialement » (Acier, 2012, p. 29). En effet, prenons l'exemple de notre pays. La France est un des premiers producteurs mondiaux de vin, boisson du terroir et du patrimoine français. Le vin, et l'alcool en générale, est « synonyme de force, de virilité, de partage, de convivialité. Il est devenu l'ingrédient incontournable d'un repas entre amis » (Narfin, 2012, p.135) et en famille.

Malgré le fait que la consommation d'alcool des français ait diminué de moitié depuis 1960, 15% des français boivent toujours quotidiennement (INSERM, 2011). Mais boire quotidiennement est-il synonyme de dépendance ? L'OMS recommande pour l'usage régulier de ne pas consommer plus de 21 verres par semaine chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) et 14 verres chez la femme (2 verres/jour en moyenne), et jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel. Il est également recommandé de respecter au moins un jour d'abstinence par semaine. Au delà de ces seuils, le risque de dépendance est majeur. Toutefois, ces chiffres ne sont donnés qu'à titre indicatif. La consommation d'alcool n'étant pas le seul facteur favorisant la dépendance à l'alcool.

Selon le Trésor de la langue française,

« L'alcoolisme aigu peut aller de l'ivresse euphorique au coma éthylique et à la mort. L'alcoolisme chronique ou, simplement, alcoolisme, est l'état pathologique résultant de l'ingestion excessive régulière et prolongée de boissons alcoolisées. » (cité par Bernard & Guimelchain-Bonnet, 2007, p.14).

### 3.1.1. Alcoolisme ou addiction à l'alcool

Comme Philippe Jaquet (2013) le souligne dans son ouvrage, « L'homme naît dépendant : de sa mère, de ses semblables, de son environnement, de l'univers... Pour pouvoir vivre, il doit respirer, boire, manger : cette dépendance physiologique permet la vie » (p.12). Ce type de dépendance concerne les besoins physiologiques initiaux nécessaires à la vie de l'être humain et n'entraîne, à priori, aucune conséquence négative. Lorsqu'il y a dépendance à une substance, la consommation de celle-ci se transforme en besoin, au même titre que manger ou respirer.

A. Goodman qualifie ce type de dépendance de trouble addictif et le définit comme une « impossibilité répétée de contrôler un comportement qui vise à produire un plaisir ou écarter une sensation de malaise interne et qui est poursuivi en dépit de ses conséquences négatives. » (cité par Tamian, 2015, p.57).

En 1849, Magnus Huss définit l'alcoolisme comme une « dépendance à l'égard de l'alcool et l'ensemble des manifestations pathologiques dues à cette dépendance. » (cité par Tamian, 2015, p.52).

Pour Pierre Fouquet (1951), une personne alcoolique, et donc dépendante à l'alcool, « a en fait perdu la liberté de s'abstenir d'alcool » (cité par Tamian, 2015, p.53).

L'apparition d'une addiction résulte de « l'interaction de plusieurs dimensions : la substance (...), la personnalité (...), et le contexte (...). » (Acier, 2012, p.17). En effet, la seule consommation d'alcool ne suffit pas à faire naître une dépendance. En 1970, le Dr Olivenstein a établi un triangle multifactoriel mettant en lien les facteurs de risque liés :

- ❖ **au produit** : potentiel addictogène, statut social du produit.
- ❖ **à l'individu**
  - *Des facteurs génétiques* avec la présence d'allèles de l'ADN potentiellement impliqués dans la vulnérabilité de l'individu à l'effet psychoactif et la toxicité biologique.
  - *Des facteurs neurobiologiques* avec l'exposition durant la grossesse et les antécédents familiaux d'addiction.
  - *Des facteurs psychiatriques* avec les troubles de l'humeur pouvant altérer le système de récompense ;
  - *Des facteurs psychologiques* avec la présence d'une faille narcissique ou d'un événement de vie traumatique.
- ❖ **à l'environnement**
  - *Des facteurs familiaux* avec le fonctionnement familial, les habitudes de consommation et l'initiation précoce.
  - *Des facteurs sociaux* avec la perte de repères (chômage, misère, séparation familiale).
  - *Des facteurs liés aux pairs, aux amis* avec l'initiation, la consommation de groupe.

Chacun de nous peut donc un jour y être confronté car nous vivons tous des situations déstabilisantes. Lorsqu'aucune solution ne vient à l'esprit, le recours à l'alcool ou à toute autre drogue peut apparaître comme une réponse rapide au problème. Selon Gomez (2007), « la pathologie commence avec la recherche systématique de l'effet (...) de stimulation (...), d'anesthésie (...), de défonce » (p.10).

### 3.1.2. La dépendance physique et psychique

Lorsque l'on parle de dépendance, on distingue :

- ❖ La dépendance physique. C'est le résultat du mécanisme d'adaptation de l'organisme après une consommation régulière et prolongée d'alcool. Les cellules de notre organisme sont dotées d'une fluidité membranaire, leur membrane s'adapte selon les besoins de la cellule et le milieu extérieur. Cela permet de maintenir l'équilibre dans la cellule. Lorsqu'elle est en contact avec l'alcool, elle adopte une réaction de défense et grâce à ses phospholipides (couche grasseuse au centre de la membrane) sa membrane se rigidifie. L'alcool a alors plus de difficultés à entrer dans la cellule et il faut augmenter les doses. C'est ce qu'on appelle le phénomène de tolérance. Didier Acier (2012) le définit également comme faisant « référence aux besoins d'augmenter la quantité de SPA pour produire le même effet, (...) à une diminution des effets en cas de consommation de la même quantité de substance. » (p. 21). Ce fonctionnement cellulaire spécifique est également responsable des manifestations du sevrage physique lors de l'arrêt de l'alcool. En effet, l'alcool est devenu familier à la cellule et celle-ci à l'habitude de fonctionner avec. Lors d'un arrêt brutal, c'est tout le système nerveux qui s'affole (cf. 3.2.2. Sevrage).
- ❖ La dépendance psychique « se traduit par une impossibilité de modérer sa consommation, de la contrôler, de l'arrêter. » (Jacquet, 2012, p.19). Le manque est non seulement physique, mais aussi psychologique car l'alcool est associé à un sentiment de bien-être, de plaisir. Selon Didier Acier (2012), « le craving fait référence à une envie impérieuse et irrésistible à consommer un produit, dans une grande intensité et impulsivité. » (p. 23).

### 3.1.3. Alcoolisme chronique : quelles répercussions ?

Ici, nous n'aborderons que les conséquences sur la personne dépendante elle-même. Les conséquences sur l'entourage seront abordées un peu plus loin. L'alcoolisme chronique peut avoir diverses conséquences pour la personne concernée. Nous pouvons les classer en 3 catégories :

#### 3.1.3.1. Les conséquences physiques

La dépendance alcoolique est responsable de la survenue de nombreuses pathologies plus ou moins mortelles à court ou long terme. Nous pouvons notamment y retrouver :

- ❖ Des pathologies digestives telles que la cirrhose hépatique, la pancréatite, l'hépatite alcoolique, les cancers de la sphère ORL (œsophage, bouche, pharynx, larynx), les cancers colorectaux et hépatiques.
- ❖ Des pathologies neuropsychologiques telles les encéphalopathies alcooliques carentielles (Gayet-Wernicke et Korsakoff) responsables de troubles mnésiques importants, les troubles épileptiques, les polyneuropathies, ou encore les démences alcooliques.
- ❖ Des pathologies cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle, les troubles du rythme, les accidents vasculaires cérébraux et les myocardiopathies alcooliques.
- ❖ Des troubles nutritionnels tels les carences en vitamines B1 et B6 et une dénutrition protéino-énergétique.

Selon le Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut National de Veille Sanitaire n° 16-17-18 du 7 mai 2013, parmi les 530 000 décès recensés en 2009 en France, 49 000 étaient attribuables à la consommation chronique d'alcool, soit environ 1 décès sur 10. Cette maladie est donc un problème de santé publique majeur en France.

#### 3.1.3.2. Les conséquences psychologiques

En 1984, J. Adès (cité par Tamian, 2015, p. 54) a établi une classification des formes cliniques d'alcoolodépendance selon le moment d'apparition des troubles psychiatriques. Selon lui, on peut distinguer :

- ❖ L'alcoolisme primaire pour lequel le premier trouble observé est celui de la conduite alcoolique. Des troubles dépressifs ou anxieux peuvent apparaître ultérieurement.
- ❖ L'alcoolisme secondaire pour lequel la dépendance à l'alcool se manifeste alors qu'un trouble psychiatrique avéré, tels que les troubles dépressifs, anxieux ou bipolaires, la schizophrénie, les névroses, est déjà présent et où l'alcool est utilisé comme automédication.



### 3.1.3.3. Les conséquences sociales

Il existe peu d'écrits sur les conséquences sociales de l'alcoolisme chronique. Les conséquences vont apparaître progressivement car, au début, la personne pourra encore faire illusion auprès de l'entourage quant à la gravité de la maladie. L'une des premières conséquences sociales à apparaître est la solitude. La personne s'isole avec son produit qui dans les premiers temps lui donne entière satisfaction. Elle a l'impression de gérer la situation car elle sait « exactement quelle dose de quel produit (alcool ou autre) lui est nécessaire pour atteindre l'état de bien-être (ou d'absence de mal-être) qu'elle envie, mais surtout pas l'ébriété. » (Jaquet, 2013, p.26). Elle est dans son monde et les relations avec les autres ne se font qu'au travers du produit. L'entourage s'inquiète mais la personne ne réagit pas. C'est ce que Philippe Jaquet appelle la solitude dorée. Puis peu à peu, l'organisme devient tolérant (cf. 3.1.2. Dépendance physique et physique), les doses de produit augmentent et voilà que l'organisme ne supporte plus. La personne atteint l'état d'ébriété avec des doses très faibles, elle ne peut plus gérer sa consommation. L'illusion prend fin et la « solitude dorée » laisse place à une « solitude glaciale », rythmée par la recherche, sans succès, de la bonne dose.

Parallèlement, apparaissent d'autres difficultés qui s'accroissent au rythme du basculement entre solitude dorée et solitude glaciale. Des difficultés professionnelles : la personne ne donne plus satisfaction à son employeur car trop souvent absente ou peu efficace. Cela entraîne des tensions pouvant aller jusqu'au licenciement. S'ensuivent alors des difficultés financières liées d'une part à la perte de revenu et d'autre part aux dépenses nécessaires à la satisfaction du besoin d'alcool. L'isolement social gagne du terrain, d'autant plus si la famille ou l'entourage déserte, fatiguée de souffrir.

## 3.2. Le processus de réhabilitation

Le terme processus de réhabilitation désigne toutes les étapes par lesquelles transitent les personnes alcoolodépendantes et qui leur permettent de retrouver leur liberté face à l'alcool.

### 3.2.1. Induire une volonté de changement

Une prise en soin sans réelle motivation du patient est plus ou moins vouée à l'échec. Pourquoi ? Car le patient doit être acteur de sa guérison, et celle-ci débute lorsqu'il prend conscience de sa maladie et exprime un désir motivé de changement. Le chemin est long car il faut du temps pour se faire à l'idée d'une vie différente.

#### 3.2.1.1. Les différentes étapes du changement

Le modèle de changement transthéorique de Prochaska et DiClemente (1992) expose les différentes étapes du changement en termes d'addiction. Vous pouvez en retrouver l'illustration en annexe VI. Cinq étapes sont décrites dans ce modèle :

- ❖ la **précontemplation** : la personne est dans le déni de sa maladie et en retire encore un bénéfice. Elle n'a pas l'intention de changer.
- ❖ la **contemplation** : elle réalise qu'il y a un problème. « Elle réfléchit sur les avantages (qu'elle veut garder) et inconvénients (qu'elle veut atténuer) de ses comportements » (Jaquet, 2013, p.127). Elle envisage de changer, de demander de l'aide et tente de maîtriser sa consommation.
- ❖ la **détermination** : Elle n'arrive pas à maîtriser sa consommation. Les inconvénients augmentent tandis que les avantages diminuent. « Elle décide qu'elle va faire quelque chose mais ne le concrétise pas encore. » (Jaquet, 2013, p.128).
- ❖ l'**action** : « La personne concrétise ses décisions de changement de comportement et de style de vie, mais elle a peur de ne pas y arriver. » (Jaquet, 2013, p.129). Elle se renseigne sur les différentes offres de soins et entre dans une démarche de soin.
- ❖ le **maintien** : elle est abstinente et apprend à vivre une vie nouvelle, sans produit.

« Si la personne repasse par des stades portant le même nom, elle ne revient jamais au stade où elle était précédemment puisqu'elle a évolué entretemps, se trouvant dans son continuum de vie. » (Jaquet, 2013, p. 126). Nous pouvons remarquer que la personne peut sortir de ce cycle de manière temporaire, ce qui peut laisser à penser qu'elle n'était pas prête. Aussi, la rechute fait partie du processus de changement. C'est une étape particulière car même si elle concerne beaucoup de personnes, elle n'est pas systématique. Le risque de rechute reste toutefois important.

En effet, « L'alcoolodépendance, au même titre que d'autres conduites addictives, est une maladie qui évolue par rechute. Les études montrent que 40 à 90% des patients rechutent dans les 3 mois post-sevrage thérapeutique. » (Karila et al., 2006, p. 55).

### 3.2.1.2. L'entretien motivationnel

Selon Miller et Rollnick, « l'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. » (cité par Gache, 2014, p. 62). Cette technique d'entretien se révèle efficace dans les problématiques addictives mais elle peut également être utilisée pour d'autres problèmes de santé concernant un patient ambivalent dans son engagement aux soins (par exemple le diabète). L'objectif n'est pas de convaincre la personne de changer mais bien qu'elle trouve elle-même la motivation de changer en la laissant exprimer les avantages et les inconvénients de la situation actuelle et du changement à venir. La clé d'un entretien motivationnel efficace est l'attitude du soignant :

- ❖ **Etre empathique** : adopter une écoute active et respectueuse, entendre les difficultés de la personne et l'accepter ainsi.
- ❖ **Signifier le rôle de chacun** : préciser clairement à la personne que c'est à elle de prendre la décision de changer et que nous respecterons ses choix.
- ❖ **Faire un inventaire** : guider la personne dans la compréhension de la situation et l'identification des conséquences négatives de celle-ci.
- ❖ **Proposer différentes possibilités** : donner des conseils, guider la personne dans l'expression d'une volonté de changement, offrir un choix de stratégies.
- ❖ **Promouvoir la personne** : identifier les aspects positifs et les progrès et les signifier à la personne afin d'accroître le sentiment d'autosatisfaction, l'aider à se convaincre de sa capacité à changer.
- ❖ **Eviter l'argumentation** : entraîne une contre-argumentation de la personne et donc une résistance au changement, qui demande alors au soignant de changer de stratégie.
- ❖ **Apprivoiser la résistance** : c'est une manifestation de l'ambivalence et de la détresse de la personne. Il faut être patient et attendre le bon moment pour intervenir.
- ❖ **Souligner les divergences** : Encourager l'expression et montrer à la personne les contradictions entre objectifs et comportements réels, questionner les solutions envisageables.
- ❖ **Elaborer des objectifs** : aider la personne à élaborer des objectifs réalisables et explorer les comportements nécessaires à leur réalisation.

Il est important de préciser que le changement ne se fera qu'au terme de plusieurs entretiens dont le nombre varie selon la personne. Il arrive parfois que la personne n'arrive jamais à cette étape de changement. Henri Gomez (2007) rappelle également que « au terme d'une séance longue, globalement non directive, et riche d'aspects contradictoires, il est excellent de résumer de façon constructive les points qui ont été examinés et les avancées liées à l'entretien. » (p.175).

### 3.2.2. Le sevrage

D'une manière générale, le terme sevrage est défini comme le fait de priver un organisme d'un apport auquel il s'était accoutumé. Dans ce contexte, c'est de l'arrêt de l'alcool dont il est question. Le traitement de l'addiction est constitué de 2 étapes majeures : le sevrage physique, d'une durée de 8 à 10 jours, « visant à mettre de la distance entre la personne et ses comportements (dont la consommation), pour rétablir un équilibre physique de l'organisme sans produit. » (Jaquet, 2013, p.106) ; et le sevrage psychologique, qui lui peut durer plusieurs semaines voire plusieurs mois, et qui permet de « comprendre les rôles qu'ont joués les produits et les comportements addictifs dans la vie de la personne. » (Jaquet, 2013, p.107).

Le sevrage peut être volontaire, avec une demande motivée du patient, ou involontaire en cas d'urgence vitale. Le sevrage physique en alcool est le seul sevrage potentiellement mortel car il engendre un certain nombre de complications. En effet, un syndrome de sevrage, qui correspond à un état d'hyperexcitabilité cérébrale, peut apparaître après un arrêt brutal d'alcool. Celui-ci se manifeste par des tremblements des extrémités, des sueurs, une déshydratation, des angoisses et/ou troubles du sommeil, des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées), des crises convulsives et des hallucinations pouvant mener au délirium tremens qui, s'il n'est pas traité, entrainera la mort. Il est donc nécessaire de rappeler que le sevrage doit se faire avec un accompagnement médical, qu'il soit fait en ambulatoire ou en hospitalisation, afin de prévenir l'apparition de ce syndrome de sevrage.

### 3.2.3. Rester abstinent

L'abstinence totale et définitive est l'aboutissement du traitement de l'addiction. Elle est prônée par la plupart des médecins et des associations d'anciens buveurs, dans l'idée qu'une seule goutte d'alcool ingérée pourrait réactiver le processus de dépendance. Au sortir du sevrage physique, l'abstinence acquise est extrêmement fragile. Pour la consolider et la conserver, il est nécessaire d'agir sur les 3 facteurs à l'origine de la dépendance (cf 3.1.1. Alcoolisme ou addiction à l'alcool). Un autre travail commence avec le sevrage dit psychologique.

Pour ce faire, différentes options peuvent être proposées au patient : une postcure dans un centre pour une durée variant entre 6 et 12 semaines ou un suivi en ambulatoire. Afin de maintenir l'abstinence et de retrouver un équilibre de vie, il est nécessaire de travailler sur les raisons profondes de cette addiction afin de ne pas répéter le même schéma. On propose alors au patient des psychothérapies individuelles, conjugales, ou familiales, des groupes de paroles, des entretiens infirmiers, des réunions d'informations. C'est notamment à ce moment-là que l'entourage peut être inclus dans la prise en soins.

Le patient est également accompagné dans la recherche d'un nouvel emploi, d'un logement et dans les démarches administratives afin de le réinsérer dans un environnement propice à la guérison. Ce travail est essentiel afin d'éviter la rechute. Il permettra à la personne d'acquérir les outils nécessaires afin d'affronter les situations difficiles en trouvant une solution différente de celle de l'alcool.

« S'arrêter de boire n'est pas la panacée du traitement de la dépendance à l'alcool, ce n'est que son préalable. Ainsi le sevrage, quelle qu'en soit la modalité (ambulatoire ou résidentielle) ou la durée, n'est qu'une étape préparatoire au changement à long terme. » (Batel & Balester-Mouret, 2006, p. 56).

#### 3.2.4. Consommation contrôlée : l'alternative à l'abstinence ?

Depuis peu, une nouvelle option de soins fait son apparition, celle de la consommation contrôlée. Cette pratique de réduction des risques, qui selon Brisson (1997) est « centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage » (cité par Acier, 2012, p. 114) est fortement controversée dans le milieu de l'addictologie. Plus développée en ce qui concerne les addictions aux drogues, avec les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitutions, elle peine à faire sa place dans le milieu de l'alcoolodépendance. Alors pourquoi parler de consommation contrôlée ?

Pour beaucoup de jeunes consommateurs, il est inconcevable d'imaginer une vie entière sans alcool. Aussi, comme nous l'explique Danielle Casanova (2014), médecin coordinateur d'un CSAPA proposant cette méthode,

« L'abstinence totale, but inaccessible pour certains usagers, engendre le désespoir, y compris dans l'entourage des patients, la chronicisation des parcours et le désintérêt manifeste des soignants à leur égard ». (p.32)

Cette pratique permet de responsabiliser le consommateur et l'encourage à entrer dans un processus de prise en soins grâce à une demande qui peut lui sembler moins radicale. Elle n'est pas adaptée à tous les patients, c'est pourquoi il est nécessaire d'effectuer une évaluation préalable. Aussi, le choix est laissé au patient (s'il est jugé apte après évaluation) entre abstinence totale et consommation contrôlée. Rappelons simplement que les grandes étapes du processus de réhabilitation doivent être conservées, seule la finalité de celui-ci est différente. Le travail sur les trois facteurs de la dépendance ne doit pas être négligé.

Alors que penser de cette pratique ? Banalisation des consommations et encouragement à consommer, ou nouvelle perspective de soins ?

### 3.3. L'entourage : perdu au cœur de cette problématique alcoolique

#### 3.3.1. La famille et l'entourage

Actuellement, il est relativement difficile d'obtenir une définition de la famille qui puisse convenir à tous. Au milieu du siècle dernier, la famille était une structure qui comprenait « le couple et les enfants non mariés. » (Wenner, 2008, p.79). C'est ce qu'on appelle une famille nucléaire, et c'est celle-ci qu'on retrouvait dans pratiquement tous les foyers.

Avec le nombre grandissant de divorce et la prise d'indépendance des femmes, sont apparus les familles recomposées (résultat de la mise en ménage de deux personnes ayant eu des enfants d'un précédent mariage) et les familles monoparentale, où « la femme est le plus souvent le chef de famille, soit à la suite d'un veuvage ou d'un divorce, soit en tant que mère célibataire. » (Wenner, 2008, p.95).

Dans ces définitions de la famille, seuls les membres du foyer sont comptés. Pourtant, les frères et sœurs, les cousins, les oncles et tantes sont pour beaucoup considérés comme de la famille. En réalité, la famille n'a pas de réelle définition. Souvent oubliés aussi, les amis, qui représentent beaucoup pour ceux dont la famille n'est pas ou plus présente. Nous leur attribuerons le nom d'entourage.

De manière générale, c'est l'affectif qui lie ces personnes. Et lorsqu'une problématique alcoolique est découverte, la famille et l'entourage sont souvent grandement affectés de voir leur proche se détruire ainsi. « Ils ne savent pas comment intervenir et se culpabilisent éventuellement de leur impuissance et de l'agressivité qu'ils peuvent ressentir à l'égard de personnes qui leur sont parfois très chères. » (Maisondieu, 1998, p.12)

Dans les deux premières parties de ce travail, nous avons parlé de la personne dépendante. Mais que se passe-t-il au sein de son entourage ?

Le conjoint est la première personne à être touchée par l'addiction du proche car il partage sa vie au quotidien.

Le conjoint attend de son partenaire dépendant qu'il arrête de boire. Or, au début, celui-ci est encore dans le déni de sa maladie. Ses consommations restent les mêmes et ont même tendance à augmenter. Le conjoint perd confiance en l'autre tandis que les conséquences de l'addiction commencent à apparaître (cf. 3.1.3. Conséquences de l'alcoolisme chronique). Le plus souvent, il essaye de sauver les apparences avec le secret espoir que les choses s'arrangent avant que « les autres » ne le découvrent. Mais pourquoi se préoccuper des autres ? Dans la pensée populaire, l'alcoolisme est une maladie honteuse qu'il est préférable de taire si l'on ne veut pas être mal vu. Ce silence entraîne l'isolement du malade mais également de toute sa famille.

Le malade alcoolique n'étant plus capable de remplir son rôle, l'équilibre de la famille est mis à mal. Elle apprend à fonctionner sans lui et, inconsciemment, une autre répartition des rôles est effectuée. C'est certainement ce qui est arrivé dans la famille de Mme N, tout d'abord au décès de son mari puis lors de l'apparition de son addiction. Comme Fabie Duhammel (1995) nous l'explique,

« Il est possible qu'on l'exclue [le malade alcoolique] aussi d'activités ou de responsabilités familiales, qu'on l'isole de ce fait de son propre milieu familiale. » (p.13).

Aussi, les enfants ne reconnaissent plus l'autorité du parent malade.

Cette situation crée au sein de l'entourage de l'anxiété et des tensions à l'origine de nombreuses crises (disputes, violences verbales, physiques, ...). Afin de se préserver, les membres de la famille « développeront des comportements de défense, de protection, de survie. » (Tamian, 2015, p.128).

### 3.3.2. La codépendance

Au début de ce travail (2.2.2. Analyse de la situation), nous parlions de codépendance concernant le fils de Mme N. D'une manière générale, cette affection peut toucher n'importe quel membre de l'entourage d'une personne dépendante. Si elle se développe à différents degrés selon le fonctionnement familial, elle touche majoritairement le conjoint de la personne dépendante. En l'absence de conjoint, il n'est donc pas surprenant de suspecter une codépendance chez un des enfants.

Quand Philippe Jaquet (2013) parle de codépendance, il dit à juste titre que « il y a presque autant de définitions de la codépendance que d'expériences qui l'illustrent. » (p.81).

La codépendance chez le proche s'installe de manière totalement inconsciente et progressive. De ce fait, il ne réalisera que très tard, voire jamais, que lui aussi présente un trouble.

Selon Philippe Jaquet (2013), on peut observer 4 étapes dans l'installation de la codépendance (début, installation, progression, aboutissement). Elle débute par la volonté d'apporter son aide et son soutien à la personne dépendante afin qu'elle puisse surmonter ces moments difficiles.

La codépendance s'installe lorsque la personne commence à s'introduire dans la vie de l'autre, à décider de choses pour lui. Elle ne pense qu'au bien-être de l'autre en oubliant le sien.

Puis le trouble progresse de sorte que la personne cache la situation telle qu'elle est. Afin de limiter les conséquences des alcoolisations, le codépendant va endosser le plus de responsabilités possible de manière à maintenir un équilibre familial. Elle veut garder la situation sous contrôle et ne veut rien déléguer.



Enfin, « la personne codépendante a besoin de la personne dépendante pour se sentir utile, voire indispensable, pour trouver sa propre valeur et sa raison d'être. » (Jaquet, 2013, p.85). Inconsciemment, et par son comportement, elle va agir de sorte à maintenir l'alcoolisation de son partenaire afin d'en retirer les bénéfices (stabilité du fonctionnement établi, statut de victime, reconnaissance, sentiment d'utilité).

« Le codépendant cherche longtemps à arranger, à excuser puis la pathologie s'aggravant, il fait preuve de plus en plus d'abnégation mais aussi de ressentiment, en endossant de plus en plus de responsabilités et de rôles. » (Tamian, 2015, p.134).

### 3.3.3. Accompagner l'entourage sans desservir la personne dépendante

« Accueillir efficacement, c'est écouter, comprendre, informer, accompagner et aimer. » (Perlemuter & al., 1998, p. 60)

Souvent, l'entourage du patient alcoolodépendant décide de se tourner vers les professionnels de santé lorsqu'un point de non-retour est atteint : la personne n'en peut plus, elle pense avoir atteint ses limites. Il y a une vingtaine d'années encore, la famille était considérée comme étant à l'origine de la problématique alcoolique et la personne dépendante était isolée de celle-ci afin d'être soignée. Actuellement, la souffrance de la famille, et plus largement de l'entourage, est entendue et reconnue. L'environnement, qui comprend l'entourage, est un des facteurs de la dépendance. Sa place dans la prise en soins est donc indispensable. Selon François Gonnet, « s'il existe un 'malade du boire', il existe concomitamment des 'malades du voir boire'. Aborder l'un sans les autres consisterait grossièrement à faire un plâtre à un polytraumatisé. » (cité par Tamian, 2015, p. 138). Effectivement, le fait de réinsérer un patient sevré dans un environnement défaillant diminuerait grandement ses chances de réussite.

Le soignant qui accueillera un proche établira avec lui ce qu'on appelle une relation d'aide. Selon Jacques Chalifour (1991), « la relation d'aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez ce dernier. » (Perlemuter & al., 1998, p.5)

« Le rôle de l'infirmière auprès d'un patient et de sa famille est de créer un contexte propice au changement et non de servir d'agent directeur de changement. » (Duhamel, 1995, p. 68). Le soignant n'est présent pour les orienter et les guider afin qu'ils trouvent leurs propres solutions.

Pour ce faire, le soignant passera par plusieurs étapes. En premier lieu, il lui faudra établir une relation de confiance avec la famille en adoptant une attitude neutre par rapport aux différents membres et en respectant les dires et les ressentis de chacun. Aussi, il devra donner à la famille un certain nombre d'informations sur la pathologie afin que celle-ci puisse en comprendre les tenants et les aboutissements. Les addictions sont des maladies taboues, peu de personnes en connaissent le fonctionnement et certaines croyances ont la vie dure comme « il n'a qu'à s'arrêter de boire », « ce n'est qu'une question de volonté et de motivation ». C'est pourquoi la plupart des centres de soins mettent en place des réunions d'informations addictologiques destinées à



l'entourage. Cela permet à la famille de « concevoir des attentes réalistes ou raisonnables envers l'évolution de la problématique de santé et envers son rôle dans la gestion de cette problématique afin qu'elle puisse préserver ses sentiments de maîtrise et de compétence et éviter le plus possible d'être déçue. » (Duhamel, 1995, p. 72). Au cours des rencontres, le soignant devra faire preuve d'empathie face à la famille et reconnaître les efforts et les sacrifices effectués. Le fait de se sentir compris permet au proche d'adhérer à une démarche thérapeutique et d'entendre les suggestions effectuées par le soignant. Il est également très important de rassurer le ou les proches quant à la situation et de leur donner de l'espoir. Les groupes de parole permettent à l'entourage de voir, grâce à la présence d'autres personnes auparavant dans une situation similaire à la leur, qu'il est possible de retrouver une vie équilibrée. Aussi, « le fait de souligner ses forces à la famille atténue chez elle le sentiment d'échec et de culpabilité et lui procure une impression de maîtrise face à la situation. » (Duhamel, 1995, p. 76). Cela permet également aux proches de retrouver une certaine confiance en soi et en ses capacités. Même si le soignant ne doit pas être directif, il peut donner des conseils et des pistes de réflexions à la personne afin de l'amener progressivement à trouver ses propres solutions. Enfin, le soignant peut orienter l'entourage vers d'autres professionnels de santé tels qu'une psychologue, ou vers des associations d'entraide disposant d'un groupe spécifique pour les proches.

Dans son ouvrage, Henri Gomez (2007) liste différents conseils pour les proches : le lâcher prise, le recentrage sur soi et la bonne distance.

Il est important de garder en tête qu'une prise en soins peut parfois avoir des conséquences négatives sur le couple dans le sens où un ou les deux membres se rendent compte qu'ils ne partageaient plus rien depuis longtemps car « L'alcool avait épuisé l'affection. » (Gomez, 2007, p.115). Lorsque la personne soignée réintègre la cellule familiale, les nouvelles places de chacun doivent être redéfinies. Or il est difficile pour la famille de restituer ses droits à la personne qui les a délaissés si longtemps. Aussi, une démarche de soin réussie peut être source de difficultés pour la personne codépendante car elle n'aura plus ce sentiment d'utilité qu'elle avait auparavant en s'occupant du conjoint dépendant.

Enfin, souvenons-nous de la définition de la famille : un couple et des enfants. Souvent oubliés, les enfants sont en première ligne lors de l'addiction de l'un de leur parent. Ils n'ont pas la maturité nécessaire afin de comprendre la situation et les répercussions sur leur développement peuvent être importantes en l'absence d'accompagnement. Henri Gomez le souligne dans son ouvrage,

« Un enfant qui souffre psychiquement ne le manifeste pas toujours explicitement, alors que la qualité de ses résultats scolaires et son attitude d'ensemble devraient attirer l'attention. » (Gomez, 2007, p.126).

### *3.3.3.1. Les entretiens familiaux et individuels*

Il est possible de proposer à l'entourage des entretiens conjugaux, familiaux et/ou individuels, dans le cadre d'une thérapie ou non, avec un infirmier en addictologie ou un psychologue. Selon l'article R. 4311-5 du Code de la Santé Publique, dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier peut dispenser des entretiens d'aide et de soutien psychologique.

Les entretiens conjugaux ou familiaux permettent au thérapeute d'identifier le fonctionnement du groupe et les difficultés présentes. Après que la personne dépendante ait effectué un sevrage, un travail sur le fonctionnement du groupe est fait grâce à l'élaboration d'objectifs à court terme permettant d'obtenir une nouvelle dynamique familiale sans alcool. Ainsi, chacun trouve ou retrouve sa place et son rôle au sein de la famille.

Les entretiens individuels permettent aux proches de se recentrer sur eux et éventuellement d'obtenir des outils afin de mieux gérer la situation.

### *3.3.3.2. Les groupes de paroles et associations*

Il existe de nombreuses associations auxquelles il est possible de s'adresser lorsqu'on se trouve en difficulté directement ou indirectement avec l'alcool tels que : Les Alcooliques Anonymes, les Al-Anon (pour les proches), la Croix Bleue Française, AlcoolAssistance et tant d'autres. L'association « offre une structure pour des rencontres à des personnes qui partagent des difficultés reliées à la consommation. » (Acier, 2012, p.110). Les bénévoles de ces associations sont majoritairement d'anciens malades abstinentes ou des proches. Ces derniers sont source d'espoir et de repères pour les personnes accueillies qui luttent encore avec leur dépendance ou celle d'un proche. Selon Alain Grassot (2012), les intervenants ont une approche plus simple et plus concrète de la maladie alcoolique, permettant ainsi de dédramatiser la situation, l'idée de l'abstinence et l'arrêt total de l'alcool auprès des personnes qu'ils accompagnent. Les associations proposent un parrainage sous forme de suivi individuel régulier ainsi que des réunions.

Les groupes de paroles peuvent être animés aussi bien par des intervenants associatifs que par des thérapeutes. Selon Didier Acier (2012), « les groupes de paroles ont plusieurs fonctions : il peut s'agir d'un espace de fraternité et de lutte contre l'isolement, d'un espace d'introspection, d'apprentissage d'écoute et d'échange, ou d'un repère dans le temps par la régularité des séances. » (p.103). Dans un premier temps, les proches bénéficieront d'une réunion d'information sur la maladie et ses étapes. Puis ils intégreront un groupe de parole pour les proches. Les groupes de paroles permettent au conjoint ou à l'entourage, souvent peu inclus dans la prise en soin de leur proche, de prendre du temps pour se recentrer sur soi.

*« La vie ce n'est pas d'attendre que les orages passent, c'est d'apprendre comment danser sous la pluie. »*

Sénèque

## 4. Investigation exploratoire de terrain

### 4.1. [La méthodologie](#)

#### 4.1.1. La population cible

J'ai mené mon enquête auprès de différentes catégories de personnes :

- ❖ des infirmiers diplômés d'état prenant en soin des patients alcoolodépendants et accueillant l'entourage dans la prise en soins. Je ne souhaite pas faire d'exclusion concernant l'âge ou le sexe.
- ❖ des proches de personnes alcoolodépendantes désormais abstinentes.
- ❖ des bénévoles dans une association d'aide aux personnes alcoolodépendantes et leurs proches.

#### 4.1.2. Les critères d'inclusion

- ❖ Infirmiers :
  - être infirmier diplômé d'état,
  - prendre en soins des patients alcoolodépendants et accueillir l'entourage au cours de la prise en soin,
  - avoir au minimum 1 an d'expérience professionnel dans le service afin d'avoir connu suffisamment de situations différentes pour en faire une analyse.
- ❖ Proches :
  - Etre proche d'une personne alcoolodépendante désormais abstinente afin qu'ils puissent avoir du recul sur la situation vécue.
- ❖ Bénévoles dans une association :
  - Etre actif dans une association et côtoyer régulièrement les personnes dépendantes et/ou leurs proches.

#### *4.1.3. Les structures investiguées*

J'ai mené mon investigation auprès d'infirmiers exerçant en :

- ❖ CSAPA car ils accueillent aussi bien les personnes dépendantes que leur entourage,
- ❖ CSSRA car ils accueillent les patients après leur sevrage physique et les prennent en charge sur une longue période (6 ou 12 semaines). L'entourage a une place dans leur programme de soins.

Afin de mener mon enquête auprès des proches et des bénévoles, j'ai contacté une association d'entraide aux personnes en difficultés avec l'alcool. Cette association accompagne aussi bien des personnes dépendantes que les proches de ces personnes.

#### *4.1.4. Les objectifs de l'enquête*

A l'aide de mon enquête, je souhaitais mettre en évidence la nécessité d'un accompagnement de l'entourage pour une meilleure prise en soins du patient alcoolodépendant.

Je souhaitais également pouvoir identifier quels sont les difficultés, les ressentis et les besoins de l'entourage et de la personne alcoolodépendante lors du processus de réhabilitation, identifier de quelle manière les IDE mettent en lien les besoins de l'entourage et du patient

Enfin, je souhaitais approfondir le concept de codépendance dans la pratique et dans ses conséquences.

#### *4.1.5. Les outils de l'enquête*

Pour mener mon enquête, j'ai créé trois guides d'entretien pour chacune des catégories de personnes interrogées (Annexes I, II et III). J'ai conduit des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien m'a permis de donner un cadre à celui-ci tout en laissant une liberté de parole à la personne interrogée. Les entretiens ont duré 30 minutes pour les infirmiers, 15 minutes pour les bénévoles, 15 minutes pour le proche 1 et 25 minutes pour le proche 2. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits.

## 4.2. Présentation et analyse des résultats de l'enquête

J'ai mené mon enquête exploratoire auprès de 2 infirmiers, 2 bénévoles et 2 proches. Pour chacune de ces catégories, j'ai proposé un entretien différent. Toutefois, les objectifs de mon enquête étant communs à toutes les catégories, les thèmes abordés étaient identiques pour tous. On retrouve les conséquences de l'alcoolisme chronique sur l'entourage ; les besoins, les difficultés et les attentes de l'entourage ; l'accompagnement de l'entourage ; la codépendance. Afin d'obtenir les entretiens avec les bénévoles et les proches, j'ai assisté à la réunion mensuelle d'une association d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool. J'y ai présenté mon travail et leur ai expliqué en quoi consistait ma démarche.

Avant de vous exposer les résultats de ces entretiens, je souhaiterais vous présenter brièvement les personnes interrogées.

- ❖ L'IDE 1 est infirmier faisant fonction cadre de santé travaillant dans un CSAPA depuis 12 ans.
- ❖ L'IDE est cadre de santé travaillant dans un CSSRA depuis 10 ans et ayant plus de 30 ans d'expérience dans l'alcoologie.
- ❖ Les bénévoles 1 et 2 sont un couple marié, à la tête de l'antenne strasbourgeoise d'une association d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool. Ils en sont membres depuis 25 ans. Le bénévole 1 est un ancien alcoolodépendant, abstinent depuis 25 ans. Le bénévole 2 est donc un proche d'un ancien alcoolodépendant désormais abstinent. Le bénévole 2 sera interrogé quant à sa fonction de bénévole et non de proche.
- ❖ Le proche 1 est l'amie d'un homme alcoolodépendant, abstinent depuis quelques mois. Elle l'a également hébergé quelques temps.
- ❖ Le proche 2 est l'ex petite amie et voisine de palier d'un homme dépendant à l'alcool ayant connu beaucoup de complications suite à l'alcool (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébrale avec hémiparésie, délirium tremens) et qui vit dans un contexte de maltraitance familiale.

#### 4.2.1. Les conséquences de l'alcoolisme sur l'entourage

Alors que je n'ai trouvé que peu d'écrits à ce sujet, les IDE et les bénévoles parlent tous de la fonction de parent qui est mise à mal et des répercussions sur les enfants. Les IDE évoquent également la présence d'agressivité et de violences verbales et/ou physiques.

L'IDE 1 évoque des conséquences plus ciblées sur le conjoint avec la perte de confiance, la honte et l'épuisement.

L'IDE 2 quant à elle cite des conséquences plus vastes avec les problèmes de couple (communication et sexualité) ainsi que les relations et le fonctionnement familial qui change. Elle, ainsi que les bénévoles, soulignent également l'apparition de difficultés financières et de logement. L'IDE 2 apporte une vision plus globale des conséquences sur l'entourage, peut-être du fait de la prise en charge qu'elle apporte aux patients accueillis au CSSRA, et se rapproche ainsi des conséquences citées dans le cadre théorique.

De par son lieu d'exercice (CSAPA), l'IDE 1 est encore dans une action de prévention des conséquences, alors que l'IDE 2 est plutôt dans une action de réparation des dommages.

Le bénévole 2 note une détresse et une impuissance de l'entourage face à la maladie. Les proches 1 et 2 parlent d'un stress constant très présent. Tout au long de l'entretien, le proche 1 répète de nombreuses fois le mot peur. Pour le proche 2, un problème de conscience est apparu en raison du contexte de maltraitance. Il y a également certaines responsabilités comme le fait de faire office d'« auxiliaire de vie ». Elle répète de nombreuses fois les mots danger, difficile et maltraitance.

#### 4.2.2. Les besoins, les difficultés et les attentes de l'entourage

Pour ce thème, l'IDE 1 et l'IDE 2 ont eu des réponses totalement différentes.

L'IDE 1 constate chez l'entourage un besoin d'écoute et de reconnaissance, une difficulté à reconnaître qu'ils ont également un travail sur eux à faire et qu'il est nécessaire de penser à eux. Ils attendent de l'IDE 1 que quelque chose soit fait pour leur conjoint. Parallèlement, les proches accueillis par l'IDE 2 souhaiteraient retrouver de la communication, une vie de famille normale, faire des projets d'avenir et ne plus avoir peur. Ils expriment des difficultés d'ordre financière et de gestion du ménage, et quant au fait d'avoir quelqu'un de différent au sein de la famille. Dans le sens où dans un premier temps il est différent à cause de sa consommation excessive d'alcool et dans un second temps à cause de son abstinence total. Cette dernière difficulté est une donnée nouvelle que je n'ai pas pu retrouver dans mes recherches documentaires

Comme pour les IDE, l'entourage attend des bénévoles qu'ils trouvent une solution rapide afin que la personne ne boivent plus.

Pour les proches, c'est le besoin d'aide, de conseils et d'écoute qui est exprimé. Le proche 2 décrit également une difficulté quant à sa place dans ce système familiale malveillant.

#### 4.2.3. L'accompagnement de l'entourage

Les deux IDE proposent à l'entourage d'être informé sur la maladie par un courrier ou par une réunion. Un groupe de parole ou une réunion entourage est également proposé. En cas de besoin, l'entourage peut être accompagné au travers d'entretiens de couple ou familiaux. Ces propos rejoignent les propositions d'accompagnement exposés dans la partie théorique. Tous deux soulignent le fait que l'accueil individuel de l'entourage permet à celui-ci de s'exprimer librement et de prendre du temps pour soi.

L'IDE 1, dans un souci de confiance entre lui et le patient, pointe le fait qu'il ne rencontre jamais le conjoint seul.

Dans le cadre du programme du centre, l'IDE 2 effectue une réunion de préparation à la sortie de cure durant laquelle sont mis en lien les souhaits du patient et ceux de l'entourage. En effet, le patient souhaiterait reprendre sa place dans la famille mais ce n'est pas entendable pour l'entourage qui a du tout assumer pendant des années. Des conseils sont également prodigués à l'entourage quant aux attitudes néfastes qu'il faudrait oublier. Systématiquement, ils sont orientés vers les CSAPA pour un suivi et les associations. Elle souligne à juste titre que les moments difficiles surviennent rarement aux heures de bureau. Dans ce cas, les bénévoles des associations sont d'une aide précieuse.

Néanmoins, l'IDE 1 et l'IDE 2 estiment que cet accompagnement de l'entourage est indispensable à la prise en soins de la personne alcoolodépendante. L'infirmier y a un rôle de médiateur qui permet une meilleure communication au sein de la famille ou du couple. Comme je le soulignais dans la partie théorique, il est primordial de travailler sur le produit, la personne et le contexte (IDE 1). L'entourage a beaucoup souffert et s'il n'est pas pris en compte, il va tout gâcher sans même s'en rendre compte (IDE 2). Tous les 2 soulignent que parfois, on se rend compte que le couple est brisé ou que l'entourage n'a plus le courage de faire avec. Il est important de le reconnaître, de ne pas s'obstiner à sauver le couple et plutôt aider le patient à construire quelque chose de nouveau.

Le bénévole 1 effectue un accompagnement à la demande, il ne souhaite pas s'imposer afin de respecter leur liberté. Systématiquement, il oriente l'entourage vers un service d'addictologie. Comme les IDE, il propose également une entrevue uniquement pour l'entourage afin qu'ils puissent s'exprimer librement. On peut noter que le bénévole 1 accorde une grande estime aux professionnels de santé car il juge que leurs paroles ont plus de valeur de la sienne. Il n'hésite pas à passer le relai lors d'une situation trop complexe. Selon lui, cet accompagnement permet de ne pas être seul. Il est toujours bénéfique car il a le mérite de proposer au moins une solution.

Le bénévole 2 offre en premier lieu un dialogue et un accompagnement « pour soi », elle donne des conseils. L'accompagnement est bénéfique selon la façon dont la personne veut reprendre sa place dans la famille. Certains ne souhaitent pas inclure leur entourage et on ne peut aller contre leur volonté.

Je pense que les deux bénévoles proposent un accompagnement différent de par leur vécu et leur histoire. Toutefois, ils partagent un but commun, apporter de l'aide ; et ils s'accordent sur le fait que, par leur exemple, cela apporte de l'espoir aux gens et d'entrevoir qu'il est possible de s'en sortir.



Les deux proches ont rapidement fréquenté une association et ont bénéficié de consultations dans un service d'addictologie. Toutefois, le proche 1 l'a fait uniquement accompagné de la personne dépendante et le proche 2 a effectué ces démarches seule. Le proche 1 estime que cet accompagnement est aidant. Néanmoins, une fois à la maison, elle se retrouve quand même seule et dépassée par les événements. Pour le proche 2, un bénéfice est obtenu par l'accompagnement infirmier en service d'addictologie (valorisation et légitimation de la démarche). Cela lui permet de se déculpabiliser. Elle effectue également une psychothérapie avec un psychiatre qui lui permet d'avoir des conseils et des informations concrètes sur la maladie.

#### 4.2.4. La codépendance

Les IDE parlent de codépendance en des termes où la personne tire un bénéfice de la dépendance de l'autre, et a donc quelque chose à perdre si l'autre venait à ne plus être dépendant. L'IDE 2 l'explique bien en disant : « c'est le conjoint qui se plaint de l'attitude de l'autre, de tout ce qu'il lui fait subir. Elle se place dans une position de victime et tout le monde la plaignait et était là pour elle. A partir du moment où le mari s'en sort, c'est lui qu'on admire et elle n'est plus au centre de la discussion. Et du coup elle va tout faire, inconsciemment, pour la faire rechuter ». Cette explication de la codépendance rejoint totalement la définition que j'en ai faite dans le cadre théorique. Tous deux précisent également que cette attitude est totalement inconsciente. Aussi, lorsqu'il y a séparation, la personne aura tendance à se diriger vers une nouvelle personne dépendante. L'IDE 1 rencontre ce genre de trouble fréquemment. L'IDE 2 nuance les choses et estime que ce n'est pas une réalité pour tout le monde même si ça existe. Les deux IDE estiment que la codépendance d'un proche représente une difficulté supplémentaire pour la personne dépendante qui tente de s'en sortir.

Le bénévole 2 parle de certains signes de la codépendance, en réponse à d'autres questions, mais ne l'identifie pas comme tel lorsque la question est posée. Selon ses dires, c'est quand « toute la famille est malade à cause de l'alcool. La famille est malade de par son fonctionnement ». Si on se réfère au concept de codépendance défini dans la partie théorique de ce travail, on peut affirmer que pour le bénévole 2, ce concept ne semble pas clair.

Le bénévole 1 parle de codépendance en ces termes : « c'est l'entourage qui est devenu dépendant du malade alcoolique ». Pour lui, ce concept semble plus abouti et sa définition se rapproche grandement de celle exposée dans le cadre théorique.

Pour les 2 bénévoles, cette attitude de codépendant est fréquente et ils déclarent que leur couple en a été atteint dans les premiers temps d'abstinence.

Alors que le bénévole 1 estime que la codépendance est un comportement à éviter car décourageant pour la personne qui tente de rester abstinent, le bénévole 2 pense que ce n'est pas une difficulté et qu'il vaut mieux avoir quelqu'un constamment derrière son dos que de vivre dans la solitude.

Le proche 2 évoque la codépendance, sans la nommer, en désignant la mère de son ami. Elle-même semble garder une certaine distance pour se protéger. Toutefois, en connaissant le contexte de maltraitance, elle ne peut se résoudre à s'éloigner totalement.

De par son attitude, qu'elle décrit au cours de l'entretien, et si on se réfère à sa description dans le cadre théorique, le proche 1 présente de nombreux signes de codépendance : surveillance, assistance, prise de décisions pour la personne, endosse beaucoup de responsabilité. De plus, elle explique que son ami a rechuté plusieurs fois.

### 4.3. Les limites de l'enquête

Pour des raisons d'organisation, l'entretien avec le proche 2 s'est fait par téléphone. Mais j'ai pu rencontrer la personne auparavant lors de la réunion de l'association où nous avons pris contact. Tous les autres entretiens ont été réalisés lors de rencontres physiques.

Les conditions lors de la réalisation des entretiens n'étaient pas optimales. En effet, lors des entretiens avec les IDE, nous avons à chaque fois été interrompu par le téléphone, ce que m'a obligé à recentrer l'entretien afin de ne pas en perdre le fil.

Les entretiens avec les bénévoles et le proche 1 se sont fait au domicile des bénévoles. Lors de l'entretien avec le bénévole 1, nous avons été interrompus une fois par leur chien qui aboyait. Cela n'a pas eu de réelles répercussions car nous avions a priori fait le tour de la question en cours.

Au cours des entretiens, j'ai constaté que certaines questions étaient répétitives. J'ai parfois pris la liberté de ne pas en poser certaines, voyant que la réponse avait déjà été donnée précédemment. J'ai également constaté que certaines questions posées ne semblaient pas claires pour les personnes interrogées. Et surtout, les réponses données ne correspondaient pas toujours à ce qui étaient attendu. Les éléments de réponses à certaines questions avaient été apportés en réponse à d'autres questions. Lors de l'analyse, j'ai donc effectué une synthèse des réponses données selon le thème. Il a également été difficile de recentrer les proches sur les questions posées afin qu'ils ne se perdent pas dans le récit de leur histoire.

Enfin, avec seulement deux personnes interrogées par catégorie, les résultats de mon enquête peuvent ne pas être représentatifs.

*« Guérir parfois, soulager souvent,  
écouter toujours. »*

Louis Pasteur

## 5. Problématique

Ma question de départ était la suivante :

*En quoi l'accompagnement de l'entourage par l'IDE peut-il améliorer la prise en soins du patient alcoolodépendant lors du processus de réhabilitation ?*

Durant les entretiens effectués, les personnes interrogées m'ont confirmé que l'accompagnement de l'entourage de la personne alcoolodépendante était plus que bénéfique et semblerait indispensable.

Les entretiens effectués me permettent de confirmer le cadre théorique établi suite à mes recherches documentaires. Ainsi, je pense avoir répondu à ma question de départ et affirme que l'accompagnement de l'entourage apporte au patient alcoolodépendant une prise en soins plus globale et efficace de sa problématique.

Au cours des entretiens effectués, il en est ressorti que la codépendance est plus ou moins fréquente au sein d'un couple dont l'un des deux membres présente une dépendance à l'alcool. Aussi, les personnes interrogées ont appuyé mes dires selon lesquels la codépendance est une source de difficulté pour la personne dépendante qui tente de s'en sortir. On a également pu constater que le bénévole 1 présentait des signes de codépendance et que son ami a rechuté plusieurs fois.

C'est pourquoi il est légitime de se demander si dans cette situation, la codépendance du bénévole 1 est responsable des rechutes de son ami ? Ce cas de figure est-il transposable à tous les cas de codépendance ? Existe-il un risque accru de rechute pour la personne dépendante si elle est entourée d'une personne codépendante ?

Les infirmiers interrogés ont également confirmé mes dires selon lesquelles la codépendance est involontaire. En effet, la personne codépendante poussera l'autre à la rechute de manière totalement inconsciente. Ceci m'amène, une fois de plus, à penser que l'accompagnement de l'entourage est indispensable, d'autant plus s'il y a codépendance.

Au terme de ce travail, j'en arrive à la question de recherche suivante :

**En quoi l'accompagnement du proche codépendant par l'IDE permet-il de prévenir la rechute du patient alcoolodépendant ?**

Cette question de recherche pourrait faire à elle seule l'objet d'un travail de recherche plus approfondi.

Toutefois, nous pouvons l'introduire par les questions et les axes de recherche suivant :

- ❖ Pourquoi la rechute est-elle si fréquente pour ce type de maladie ?
- ❖ Quelles en sont les facteurs déclenchant et les signes annonciateurs ?
- ❖ Par quels mécanismes la personne codépendante parvient-elle à favoriser, voire à provoquer, la rechute ?
- ❖ Quel type de prévention peut-on effectuer pour ce genre de situation et quelles en seraient les modalités ?
- ❖ Une formation complémentaire pour les infirmiers aurait-elle un intérêt dans ce type de prise en charge ?

## 6. Conclusion

Ce travail de fin d'études marque la fin de 3 années pleines d'apprentissage, de partage et parfois de doutes. Cette formation m'a fait grandir, m'a apporté une autre vision de la vie et m'a appris un métier que j'aime un peu plus chaque jour. En me poussant à me questionner toujours d'avantage, la formation m'a permis d'acquérir un sens critique quant à l'analyse de ma pratique professionnelle.

Les différents stages que j'ai pu effectuer m'ont permis de définir la soignante que je souhaite être : une soignante à l'écoute du patient et de sa famille, souriante, empathique et altruiste. Mon identité professionnelle n'est qu'au début de sa construction, les années d'expérience la façonneront davantage. Selon moi, le relationnel est au centre de tout soin de qualité et je me ferais une obligation de toujours respecter ce principe.

Lorsqu'il m'a été demandé de choisir un thème pour le travail de fin d'étude, j'ai immédiatement pensé à l'alcoolodépendance. Pourtant, j'ai été tenté d'en changer, pensant ce sujet trop atypique et non conventionnel. Après mûre réflexion, il m'a paru essentiel d'élaborer ce travail, qui accaparera mon attention pendant plusieurs mois, au tour d'un thème qui m'attire, me plaît et me passionne. Comme vous pouvez le constater, j'ai gardé mon sujet de prédilection et ne le regrette aucunement.

Ce travail m'a permis de compléter mes connaissances et surtout d'apprendre d'avantage sur ce thème si vaste qu'est l'alcoolodépendance. L'orientation vers l'entourage que je lui ai donné m'a amené à sortir du monde soignant en rencontrant des bénévoles et des proches confrontés quotidiennement à ce problème, et l'enrichissement humain n'en a été que plus important.

## 7. Bibliographie

### Articles périodiques

- Batel, P. & Balester-Mouret, S. (2006). Maintien de l'abstinence après le sevrage. *La revue du praticien*, (n°56), p.1100-1106.
- Bernard, F. & Guimelchain-Bonnet, M. (2007). Retentissements de l'alcoolisme sur l'organisme. *L'aide-soignante*, (n°87), p.14-15.
- Casanova, D. (2014). Réduction des risques en alcoologie. *Santé mentale*, (n°192), p.30-33.
- Gache, P. (2014). L'entretien motivationnel. *Santé mentale*, (n°192), p.62-67.
- Gonzales, F. (2012). A l'écoute des familles en centre de soins en alcoologie. *L'aide-soignante*, (n°135), p.21-24.
- Grassot, A. (2012). Les associations néphalistes, acteurs du prendre soin. *La revue de l'infirmière*, (n°179), p.25.
- Guimelchain-Bonnet, M. (2007). Alcool et répercussions psychologiques. *L'aide-soignante*, (n°87), p.16-17.
- Jacquart, J. (2012). Accompagner les personnes malades de l'alcool. *L'aide-soignante*, (n°135), p.17-20.
- Karila, L., Karmous, R., Delacotte, C. & Reynaud, M. (2006). Les modalités pratiques du sevrage thérapeutique en alcool. *Santé mentale*, (n°112), p.52-55.
- Narfin, R. (2012). L'alcool, un problème de société. *L'aide-soignante*, (n°135), p.12-13.
- Raynal, M-L., Plançon, F., Du Lac, C., Fourchault, S., Rinaudo, F., Buchsbaum, C. & Touzeau, D. (2012). L'alcool, une addiction comme les autres. *La revue de l'infirmière*, (n°179), p.14-17.

### Livres

- Acier, D. (2012). *Les addictions*. Bruxelles : De Boeck.
- Cabaret, V. (2002). *Soins infirmiers II – Démarches relationnelle et éducative – Initiation à la recherche*. Paris : Editions Vernazobres.
- Casamatta, D. & Velea, D. (2000). *Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles de la conduite alimentaire, toxomaniaques et alcooliques*. Paris : Editions Ellipses.
- Duhamel, F., M. Bell, J., Campagna, L. et al. (1995). *La santé et la famille*. Paris : Gaëtan Morin Editeur.
- Gomez, H. (2007). *Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool*. Paris : Editions Dunod
- Gomez, H., Claudon, M. & Ostermann, G. (2015). *Les représentations de l'alcoolique*. Paris : Editions Erès.
- Jaquet, P. (2013). *Dépendances : Comprendre, agir, aider – Guide pour les proches et les employeurs*. Lausanne, Suisse : Editions Favre.
- Maisondieu, J. (1998). *Les alcooléens*. Paris : Bayard Editions

- Perlemuter, L., Quevauvilliers, J., Perlemuter, G., Amar, B. & Aubert, L. (1998). *Nouveaux cahiers de l'infirmière. Soins infirmiers II. Démarches relationnelles et éducatives, initiation à la recherche.* (n° 3). Paris : Editions Massons.
- Tamian, I. (2015). *Le conjugal et le familiale face à la problématique alcoolique : approche centrée sur l'entourage et l'alcoolodépendance.* Lyon, France : Editions de la Chronique Sociale.
- Wenner, M. (2001). *Sociologie et culture infirmière.* Paris : Editions Seli Arslan.
- Carpenito-Moyet, L. (2012). *Manuel de diagnostics infirmiers*, 13<sup>ème</sup> édition (L. Rahal, Trans.). Issy les Moulineaux, France: Editions Elsevier Masson. (Original work published 2012).

### **Pages Web**

- Sasu groupe psychologies. (n.d.). *Famille monoparentale.* Consulté le 19/08/15 depuis <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Famille-monoparentale>.
- Wikipédia. (2015). *Alcoolisme.* Consulté le 02/09/15 depuis <https://fr.wikipedia.org/wiki/Alcoolisme>
- INSERM & Pr Mickaël NAASSILA. (2011). *Alcool et santé : bilan et perspectives.* Consulté le 02/09/15 depuis <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives>.
- Institut national de veille sanitaire (2013). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire. L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France.* 7 mai 2013, n° 16-17-18. Consulté le 30/07/15 depuis <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-16-17-18-2013>

## 8. Annexes

### 8.1. [Annexe I : Guide d'entretien infirmier](#)

- Question 1a : Quelles sont, selon vous, les conséquences majeures de l'alcoolisme sur l'entourage ?  
Question 1b : Quelles sont vos outils pour les prévenir ?
- Question 2 : Lorsque vous rencontrez des proches, quelles sont leurs besoins, leurs difficultés et leurs attentes ?
- Question 3a : Que pouvez-vous proposer aux proches en termes d'accompagnement ?  
Question 3b : L'accompagnement des proches est-il bénéfique à la prise en soins du patient ?  
Question 3c : Est-il possible, selon vous, de répondre aux besoins du proche sans pour autant desservir le patient ?
- Question 4a : Avez-vous déjà entendu le terme codépendance ? Que vous évoque-t-il ?  
Question 4b : Est-il commun de rencontrer des personnes présentant ce type de troubles ?  
Question 4c : Cela représente-t-il une difficulté dans le processus de réhabilitation de la personne dépendante ?  
Question 4d : Quelle prise en soins pouvez-vous leur offrir ?

### 8.2. [Annexe II : Guide d'entretien bénévole](#)

- Question 1 : Quelles sont, selon vous, les conséquences majeures de l'alcoolisme sur l'entourage ?
- Question 2 : Lorsque vous rencontrez des proches, quelles sont leurs besoins, leurs difficultés et leurs attentes ?
- Question 3a : Que pouvez-vous proposer aux proches en termes d'accompagnement et de soutien ?  
Question 3b : Qu'est-ce cela apporte ?  
Question 3c : Selon vous, est-ce toujours bénéfique ?
- Question 4a : Avez-vous déjà entendu le terme codépendance ? Que vous évoque-t-il ?  
Question 4b : Est-il commun de rencontrer des personnes présentant ce type de troubles ?  
Question 4c : Selon vous, est-ce une difficulté supplémentaire pour la personne dépendante ?



### 8.3. Annexe III : Guide d'entretien proche

L'histoire de chaque famille est différente, il est donc difficile d'établir un guide unique qui sera adapté à chacune d'entre elle. Les questions d'introduction et de conclusion seront communes à chaque entretien. Puis selon l'histoire de chacun, je vais adapter les questions posées. Je vais lister plusieurs questions et je ferai mon choix selon le déroulé de l'entretien. Cela me permettra de poser des questions pertinentes et adaptées, et d'avoir plusieurs pistes de réajustement au cours de l'entretien.

- Question d'introduction :
  - Pouvez-vous, en quelques phrases, me raconter votre parcours en tant que proche d'une personne dépendante ?
  - La dépendance de votre proche a-t-elle entraîné chez vous un changement de comportement (codépendance) dans la vie de tous les jours ?
  - Comment s'est déroulée la prise en soins de votre proche ? Comment avez-vous été inclut dans celle-ci ?
- Vous êtes-vous tourné vers des professionnels de santé ou vers une association pour être accompagné ?  
En faisant cette démarche, quelles étaient vos besoins, vos difficultés et vos attentes ?  
Qu'attendiez-vous concrètement de cette démarche ? Que vous a-t-on proposé ?  
Quel en a été le résultat ?
- Votre proche a-t-il pris l'initiative d'aller consulter un professionnel ?  
A quelle moment vous a-t-on inclut dans sa prise en soins et de quelle manière (entretien à 2, seuls, groupe de paroles) ?
- Question de conclusion : Avec le recul, que pensez-vous de cet accompagnement ? Y'a-t-il des points que vous n'avez pas apprécié ou d'autres qui vous ont manqué ?

#### 8.4. Annexe IV : Tableau de présentation des personnes interrogées

Nom attribué	IDE 1	IDE 2		Bénévole 1	Bénévole 2		Proche 1	Proche 2
Service	CSAPA	CSSRA	Structure	Association d'aide aux personnes dépendantes et aux proches	Association d'aide aux personnes dépendantes et aux proches	Lien	Conjointe	Ex petite amie
Age	54 ans	62 ans	Age	60 ans	59 ans	Age	56 ans	55 ans
Durée d'exercice	15 ans	40 ans						
Ancienneté dans le service	12 ans	10 ans, plus de 30 ans dans l'alcoolologie	Ancienneté dans l'association	25 ans	25 ans	Durée de la relation	15 ans	9 ans

#### 8.5. Annexe V : Tableaux de présentation des résultats de l'enquête

Résultats significatifs des entretiens avec les infirmiers		
Questions	IDE 1	IDE 2
Q1a : Conséquences de l'alcoolisme sur l'entourage	Perte de confiance entre conjoint, honte et épuisement de l'entourage. Beaucoup d'agressivité, d'accusations, des menaces, avec des ruptures. Environnement anxigène pour les enfants. On leur cache la vérité alors qu'ils voient qu'il y a un problème. Ils s'imaginent que c'est de leur faute. Ils n'osent pas aborder le sujet et ne veulent pas leur créer de problèmes supplémentaires.	Le couple est mis à mal par l'alcool qui se mets entre eux, difficultés de communication, sexuelles, d'être un vrai couple. Problèmes relationnels dans la famille. La fonction de parent est ébranlée, manque d'autorité et d'intérêt pour l'éducation des enfants. l'entourage petit à petit apprend à fonctionner sans la personne qui consomme. Parfois de l'agressivité et de la violence des 2 cotés. Des difficultés financières, pertes de logement. le produit prend une telle place que la personne est atteinte dans tous les domaines de sa vie et de sa personne.
Q1b : Outils pour prévenir les conséquences sur l'entourage	Proposition de rdv à l'entourage, de rdv pour le conjoint avec un autre thérapeute pour pouvoir s'exprimer. Proposition de rencontre pour expliquer la maladie et mise à disposition d'un courrier qui l'expliquer que le patient peut leur donne. Un groupe de parole pour l'entourage.	Plus de la prévention mais de la réparation. On essaye de remettre de la confiance, de la communication. On essaye d'expliquer la maladie, de donner des outils, d'expliquer un peu ce qu'il peut se passer quand l'alcool est présent dans une famille. Mise en place de séances ou on explique les choses, pour le patient et

	Proposition d'entretien individuel ou en groupe (couple ou parent enfant) pour que chacun puisse s'exprimer et trouver sa place, entendre la souffrance, l'épuisement. Psychologue ne rencontre que l'un des 2 conjoints. Infirmier ne rencontrera jamais juste le conjoint c'est toujours en présence du patient. C'est une question de confiance entre le soignant et le dépendant.	l'entourage. Réunion d'information sexuelles et addictologique où on essaye de faire prendre conscience aux personnes aussi, le rôle du produit dans ce qui leur arrive. Et donc de leur ramener aussi de l'espoir que les choses peuvent changer à condition qu'il fasse des choix de vie sans le produit. mise en place aussi des réunions avec les familles, on leur envoie des lettres pour leur expliquer un certain nombre de choses.
Q2 : Besoin, difficulté et attente des proches	Les besoins c'est déjà d'être entendu, que leur souffrance soit reconnu, qu'on puisse faire quelque chose pour leur conjoint, de pouvoir passer la main. La difficulté c'est de comprendre qu'ils ont peut-être quelque chose à faire pour eux aussi. ils sont toujours en train de voir ce qu'ils pourraient faire pour l'autre. C'est de se réapproprié quelque chose, de réfléchir à leur positionnement, de repenser pour eux. De refaire confiance ça c'est une difficulté bien sûr. Leur attente c'est vraiment qu'on fasse quelque chose pour le conjoint. Ils ont besoin de faire quelque chose pour eux même mais leur attente c'est souvent qu'on fasse quelque chose pour le conjoint	Qu'il y ait de nouveau de la communication, qu'il se parle, qu'il y ait moins d'angoisse, de peurs, qu'ils puissent de nouveau avoir une vie de famille normale. Où on fait des choses ensemble, ou on réfléchit à un avenir, on a des projets communs. ils aspirent à une certaine sérénité. Ya la difficulté de gestion du ménage puisque celui qui consomme se désintéresse de tout. Les difficultés financières prennent une ampleur importante. Les difficultés de société ou certaines familles ont autant de mal à avoir un malade alcoolique entre eux ou parmi eux, que d'entendre que maintenant il ne doit plus rien boire car là aussi il est différent. Le bien boire c'est culturel en France.
Q3a : Accompagnement proposé aux proches	Cf Q1b.	Proposition d'information sur la maladie, l'évolution sous forme de courriers envoyés par les patients. Invitation à une réunion où les familles se rencontrent entre elles mais sans les malades alcooliques. Ça leur permet de déposer leur vécu et ne pas souffrir juste en silence. on essaye de voir avec eux quelles sont les attitudes qu'on a repérer au fil des années, qui sont un peu à oublier, qui n'apportent rien. On peut aussi donner des conseils. La deuxième réunion avec les patients et aide à préparer la sortie de cure. Chacun pourra dire ce qu'il souhaite et ne souhaite pas, ce qu'il ne pourra pas supporter. Souvent ils veulent reprendre la place qu'ils ont perdue. Pour l'entourage c'est difficile à entendre. Là on a une place de médiateur afin qu'ils puissent se dire les choses et se donner une chance d'y arriver. Si besoin on leur propose un entretien de couple ou familiale avec un thérapeute de l'établissement dans le but d'un suivi à l'extérieur. On leur donne des adresses comme les CSAPA et les associations.
Q3b : Accompagnement des proches est-il bénéfique à la prise en soins du patient ?	Il est indispensable. Si on travail que sur le produit et la personne mais pas sur le contexte, on a tout faux. Il faut travailler sur les 3 pour sortir de ce cercle vicieux. Souvent le thérapeute ou l'infirmier fait office de médiateur et la communication se fait autrement. C'est bénéfique car ça fait bouger les choses. Chacun se positionne et parfois, on se rend compte que quelque chose est brisé dans le couple et ils se séparent.	J'en suis persuadé. Il y a eu un temps où on se disait il faut sortir le patient le patient de son milieu, lui restaurer la santé physique, psychique et après il aura la possibilité, les moyens, l'énergie, la santé pour faire sa place, construire son projet, à la limite virer ce qui est à virer. On s'est vite rendu compte que ça ne marchait pas. l'entourage qui a tellement souffert, s'il n'est pas pris en compte, va tout bousiller sans même s'en rendre compte. Le patient veut à nouveau être actif dans sa famille, et ça pour l'entourage qui a tout assumer pendant si longtemps, c'est pas entendable ! si le patient se retrouve coincé dans cette situation, il se tournera vite vers la bouteille car c'est sa seule échappatoire.

Q3c : Répondre à tous les besoins du proche sans pour autant desservir le patient	Parfois la famille nous mets la pression. Et nous on a le patient devant nous et on sent qu'il n'est pas dans cette motivation et on ne peut pas le forcer.	il y a des situations ou c'est limite. on est là pour accompagner le patient. Mais on ne baisse jamais les bras par rapport à l'entourage. chacun doit poser ses limites. Trop d'espoirs déçus amène aussi parfois à ce que l'entourage n'a plus le courage ou l'envie d'essayer ou de faire avec. Il vaut mieux entendre ça et construire autre chose que de vouloir préserver le couple alors qu'il ne fonctionne pas du tout et que le fait qu'il ne fonctionne pas c'est déjà là l'origine de la présence du produit. Il faut rappeler que la meilleure façon de s'en sortir, de se sentir libre. c'est pour ça qu'on arrête le produit, pour être libre et retrouver sa liberté de décider pour soi-même, Mais c'est aussi accepter que l'autre aussi va poser ses limites et peut être décidé autre chose que ce qui était prévu.
Q4a : Que vous évoque le terme codépendance ?	La codépendance, ça veut dire que l'un et l'autre ont un bénéfice inconscient de cette situation. Ou alors elle se sépare et tombe sur un nouvel ami qui a un problème avec l'alcool aussi. Si lui changeait, elle perdrait quelque chose dans son rôle. Elle peut s'en occuper, elle a un rôle maternel. Mais c'est vraiment inconscient. Devant l'imminence des dangers, le conjoint peut en arriver à des stratégies comme marquer sur les bouteilles des traits, vérifier les cachettes, fouiller dans les poches, vérifier les tickets de caisse. C'est contreproductif car tu entre dans une position de dominant-dominé.	Pas une réalité pour tous mais ça existe. Quand l'un s'en sort, l'autre va mal ou l'inverse. Ou la dépendance de l'un favorise celle de l'autre. Parfois il y a des séparations et les gens se remettent de nouveau avec quelqu'un qui a une dépendance. Parce que cette façon de fonctionner avec la dépendance c'est la seule chose qu'ils savent faire. c'est le conjoint qui se plaint de l'attitude de l'autre, de tout ce qu'il lui fait subir. Elle se place dans une position de victime et tout le monde la plaignait et était là pour la soutenir. A partir du moment où le mari s'en sort, c'est lui qu'on admire et elle n'est plus au centre de la discussion et du coup elle va tout faire, inconsciemment, pour le faire rechuter.
Q4b : Est-il communs de rencontrer ce trouble ?	C'est quand même très fréquent pour le conjoint quand il souffre. Souvent ce sont les conjoints qui téléphonent avant que le patient ne téléphone.	
Q4c : Est-ce une difficulté pour la personne dépendante ?	oui bien sûr, c'est un frein. le conjoint s'est enlisé dans un fonctionnement de codépendant. Et si le patient bouge et change les choses, l'autre est obligé de bouger avec, de se repositionner et de changer aussi. Et ça ce n'est pas facile.	oui je pense. A mon avis c'est une vraie difficulté. Ils vont avoir la tentation sous le nez, et le conjoint qui est codépendant, va tout faire pour que la rechute soit réelle.
Q4d : Prise en soins de la personne codépendante ?	prise en soin individuelle chez une psychologue pour travailler des choses personnelles qui dépassent la relation de couple, l'addiction. aborde la question de la place dans le couple, ce qui me valorise, qui m'est insupportable qui m'est supportable. des entretiens de couple. On a le groupe de parole avec l'entourage. Ça permet de prendre un peu de recul, d'éclairer la situation autrement et voir que d'autres s'en sont sortis	On les oriente toujours vers un accompagnement en CSAPA. 3 mois de cure et 2 réunions ne suffisent pas. Un faut un travail sur le long terme .On leur donne des adresses. S'il y a urgence, on prend le RDV avec eux. on ne peut obliger personne à se soigner mais on est incitatif. Les associations car les moments difficiles ne sont pas aux heures de bureau ou quand on a un rdv. Et là il n'y a pas de professionnels de disponibles. les associations sont peut-être plus présentes et disponibles.

Résultats significatifs des entretiens avec les bénévoles		
Questions	Bénévole 1	Bénévole 2
Q1a : Conséquences de l'alcoolisme sur l'entourage	je leur pourri la vie. des difficultés financières, la vie familiale qui trinque, y'a plus de vie sociale. je les entraîne dans ma chute. La confiance. J'étais le père absent pendant trop longtemps. Je n'avais plus d'autorité sur elle.	Une énorme détresse, une impuissance et ça casse toute la famille. Pas de projets. on est impuissant. Des conséquences financières, sur le travail, sur les enfants, sur leur éducation, sur leur travail à l'école. ne peuvent pas inviter de copains à la maison. ne peuvent pas parler des parents en positifs. C'est toute la vie qui est perturbée par le comportement d'une personne. des conséquences au niveau de la vie de couple.
Q2 : Besoin, difficulté et attente des proches	Qu'on trouve une solution pour que le conjoint ou la personne malade ne boivent plus. Il faut qu'on ait quelque chose à leur donner, quelque chose de concret. Parce qu'eux ont tout épuisé. j'essaie de les envoyer à l'hôpital civil au service d'addictologie qui au moins leur donnera des réponses concrètes avec une structure complète avec une assistante sociale, une infirmière. Après je peux leur proposer qu'on se voie une fois rien que l'entourage aussi pour en parler car parfois on ne dit pas la même chose que si la personne est là.	De faire soigner la personne tout de suite. . Ils attendent de nous qu'on ait une baguette magique et qu'on fasse tout ce qu'eux ne sont pas arrivé à faire. Qu'on arrive à lui faire comprendre qu'il ne faut plus boire. même si on traite l'alcool, les problèmes financiers, les problèmes de couple, tout reste. Et l'entourage à tendance à tout compenser, a essayé de tenir les comptes pour qu'il n'y ait pas de catastrophe. De faire en sorte que ça se voit le moins possible. il est dur de laisser la personne soignée reprendre sa place et avoir des responsabilités. ça crée des disputes très fréquentes. il faut réajuster et c'est difficile.
Q3a : Accompagnement proposé aux proches	je préfère que ce soit à leur demande. je n'ai pas forcément envie de m'imposer. il faut leur laisser leur liberté.	beaucoup de dialogue. Un accompagnement pour eux. donner des conseils, d'essayer de lui faire confiance. lui faire au moins croire que ça peut marcher et lui montrer par notre exemple que ça peut marcher. laisser vivre la personne
Q3b : Qu'est-ce que cela apporte ?	de ne pas se sentir seul. D'être là et de faire quelque chose pour eux. on est un peu leur dernière chance. On représente l'espoir.	Cet espoir de voir que c'est possible
Q3c : Accompagnement des proches est-il bénéfique à la personne ?	C'est toujours bénéfique parce qu'on essaye au moins de leur faire entrevoir qu'il y a des solutions. Si je vois que ça mets le couple en péril, j'aurai tendance à dire je me retire. je donne une adresse avec un médecin, un psychologue, un addictologue. C'est un professionnel dont la parole a plus de valeur de la mienne. C'est important d'être suivi par un médecin. Moi c'est le vécu dont je m'occupe	Tout dépend comme il veut reprendre sa place. Je ne crois pas qu'on puisse aller contre la volonté du malade, parce que c'est de lui qu'on s'occupe en premier. Et si lui n'a pas envie d'impliquer sa famille, car sa arrive beaucoup.
Q4a : Que vous évoque le terme codépendance ?	je n'en ai pas souvent entendu parler mais je pense que c'est l'entourage qui est aussi devenu dépendant du malade alcoolique. C'est tous les dommages que crée l'alcoolique par rapport à son entourage. J'ai vécu ça quand je suis revenu. Elle avait tendance à me surveiller	c'est quand toute la famille est malade à cause de l'alcool. La famille est malade de par son fonctionnement. On est forcément malades de l'alcool même si on ne consomme pas. On dépendant de l'attitude de l'autre.
Q4b : Est-il communs de rencontrer ce trouble ?	oui ! Car on a promis tellement de fois. Il faut récupérer la confiance	Ah oui surtout au début quand la personne sort de cure, on est des gendarmes. Je téléphonais je ne sais combien de fois. On ne le contrôle pas, c'est plus fort que soit. La personne qui s'est fait soigner à fait un travail sur l'alcool, a eu des informations. Mais celles qui reste à la maison ne l'a pas eu. c'était il y a 25 ans. je pense que ce qu'on peut apporter aussi à l'entourage c'est une information.

Q4c : Est-ce une difficulté pour la personne dépendante ?	oui c'est à éviter. Ce n'est pas encourageant. Même si la méfiance fait partie du jeu quand vous avez été en soins. Les gens doutent de votre capacité à rester abstinent. Quand vous êtes invités, les gens ne sont pas conscients du problème.	non car je pense qu'une personne qui est seule à plus de difficultés de s'en sortir. Il vaut mieux avoir quelqu'un qui est tout le temps derrière, mais d'avoir quelqu'un. la solitude c'est la pire chose qui puisse arriver à quelqu'un qui sort de cure.
---	--	---

Résultats significatifs des entretiens avec les proches		
Question	Proche 1	Proche 2
Parcours en tant que proche	Petite amie d'un homme marié qui est venu s'installer temporairement chez elle après une dispute avec sa femme. c'était difficile pour moi d'aller travailler, de le surveiller, d'être à côté de lui, de l'aider. Ça c'était dur dur. Ce n'est pas mon mari, c'est mon copain simplement. Ce n'est pas la même chose. j'ai encore peur maintenant pour lui. Y'a toujours une crainte de savoir s'il va s'en sortir J'aide peut-être de trop, si je ne l'entends pas le matin il faut que je l'appelle pour savoir où il est, qu'est-ce qu'il fait. Peut-être que je ne devrais pas le faire. Je ne surveille pas mais je veux quand même savoir s'il tout va bien. là il a rechuté l'année dernière. Cette année il a fait une petite rechute. depuis il a compris normalement qu'il faudrait qu'il arrête.	Ex petite amie et voisine de palier d'un homme dépendant à l'alcool. Beaucoup de complications : traumatisme crânien, AVC avec hémiparésie, délirium tremens. Contexte de maltraitance familiale. je me suis quand même rapidement rendue compte qu'il y avait effectivement le problème de l'alcool. j'ai quand même pris certaines distances intérieurement. lui m'a donné le double de ses clés en me demandant de regarder après lui matin et soir pour voir si tout allait bien. elle [la mère] en pouvait plus. Je l'avais [médecin traitant] contacté une fois pour lui dire qu'il fallait faire quelque chose. Il me disait mais madame je vous soigne pas vous. je suis en psychothérapie par un psychiatre. désespoir complet à mon niveau, assez seule. j'ai donc assuré l'auxiliaire de vie si vous voulez. Je partais le matin au travail je revenais le soir. Le concierge aidait aussi. Il y avait une amie de la famille qui apportait des repas. moi je n'étais pas prête à partir d'ici. Parce que pour mettre fin à tout ça, il faudrait que je déménage. C'est un problème de conscience. C'est moi qui étais témoins de temps en temps des insultes, qui sait que si la mère n'en peut plus elle ne vient pas et il ne mange pas. quand il y a des personnes bienveillantes vers la personne malade, l'aidant principale est jaloux et essaie de tirer à soi. Nombreuses répétitions du mot danger, difficile et maltraitance.
Dépendance = changement de comportement pour vous ?	beaucoup plus stressée. Je vis au fur et à mesure. je travaillais et j'avais toujours peur qu'il arrive quelque chose chez moi à la maison. il pouvait faire une bêtise ou je ne sais quoi ou un accident de voiture. le stress est toujours resté. Je prends des médicaments pour que moi je me calme et que je tienne le coup. Je lui dis de m'appeler matin et soir mais entre les 2 coups de fil je ne sais pas ce qu'il fait. Bon il faut avoir confiance mais ça ce n'est pas simple...	Beaucoup de questionnements. Le stress est présent. Un problème de conscience
Inclut dans la prise en soins ?	je lui ai carrément dit tu vas à Châteauwalk. moi j'allais aux consultations. pendant 3 mois tous les dimanches je suis allée là-bas le voir. quand je voyais que ça n'allait pas chez lui, je téléphonais à Erstein pour qu'ils le prennent en vitesse en RDV ou qu'ils le prennent carrément à Erstein. je poussais vraiment, je téléphonais si ce n'est pas	Oui dans le sens où j'essaie de faire des choses pour lui. je ne vais pas aux rdv avec lui.

	10 fois par jour pour essayer de l'y mettre. C'est lui qui prend la décision.	
Recherche d'aide	Je suis allée à la Croix Bleue pour essayer de chercher de l'aide. j'ai vraiment demandé ce que je pouvais faire. Et on m'a dit vous pouvez rien faire, c'est à lui de faire. J'y allais à chaque fois avec lui. Mais quand il rentrait je ne savais pas ce qu'il faisait.	très rapidement fréquenté les groupes Al-Anon pour les familles. consulté le psychiatre. adhérer à l'association des traumatisés crâniens. j'ai aussi appelé allo maltraitance personnes handicapés. Je me suis adressé à la MDPH quand j'étais seule à assurer le maintien à domicile. je consulte le centre d'addictologie à l'hôpital civil.
Besoins, difficultés et attentes	Y'avait pas de difficultés encore. Je suis allé là-bas vraiment pour chercher de l'aide. La présidente m'a dit venez asseyez-vous à côté de moi, on vous présente, on vous conseille, on vous aide.	le besoin c'est l'écoute. c'est comment me comporter pour ne pas aggraver la situation, comment me situer dans tout ça. Parce que là je fais intégralement parti d'un système qui est malveillant. J'ai beaucoup de mal. Qu'est-ce que je dis, comment je garde mon calme pour que l'autre puisse entendre ce que je lui dis.
Proposition d'accompagnement	l'association c'était juste 2 réunions par mois. j'allais aussi avec lui à l'hôpital civil chez le médecin. Il m'a dit c'est très bien d'aller aux associations	elle me dit carrément des phrases que je peux dire. Ou comment je me tourner les phrases. Parlez de vous, dites je pense que ce n'est pas bon pour toi. elle me traite comme quelqu'un qui a un problème. déjà l'écoute. une professionnelle très bienveillante et très patiente. elle m'encourage. Elle a valorisé ma démarche
Résultat ?	A mieux supporté, oui ça aide. Mais à un moment donné on se sent quand même dépassé. C'est à moi de supporter son problème et sa maladie. Je l'ai [sa femme] même aidée. Donc j'étais quand même là pour elle aussi. Beaucoup de responsabilités.	Ça m'a beaucoup aidé qu'elle me dise non ce n'est pas à vous de porter tout ça.
La personne dépendante a-t-elle pris l'incitative de consulter ?	mais on était plusieurs à le pousser. c'était à lui de prendre la décision. Enfin il a surtout eu le déclic quand il roulait et qu'il avait bu. Je pense qu'il faut vraiment quelque chose qui le pousse à trouver, qui le motive.	
Avis sur l'accompagnement reçu	ben avec l'association c'est super, ils aident quand même pas mal. On téléphone, on a des contacts. Moi-même, à côté de Michel, j'ai quand même l'impression d'avoir réussi quelque chose. Répétition du mot peur et espoir.	ce n'est pas toujours aidant ce que je fais. je trouve que l'accompagnement de l'infirmière du centre d'addicto c'est pour moi le plus pertinent. j'avais déjà consulté la psychologue et ça c'était carrément nul. Je n'ai pas dû apprécier la réaction de la personne quand je lui ai annoncé ma profession. Parce que je travaille comme assistante sociale. ce que je trouve aidant aussi c'est le psychiatre. donne des informations aussi par rapport à la pathologie et qui me dit aussi comment me situer par rapport aux intervenants. Il me dit des paroles très claires. l'infirmière c'est quelqu'un de très posée, de très calme, de souriant, avec une voix douce. Qui s'intéresse réellement au problème
Des choses à changer pour l'association ?	non je ne pense pas parce qu'on est une petite association. on n'a pas assez de moyens et d'épaules assez larges. On n'est pas des professionnels non plus. Faut pas s'investir à fond sinon on est vite débordée et c'est au détriment de sa vie perso.	



8.6. Annexe VI : Modèle de changement transthéorique, James Prochaska et Carlo Di Clemente

