



Les actes de la 1/2 journée du GRAA à « LA CLAIRIERE »

Service d'alcoologie du C.H. de Somain le 22 Mars 2007

Thème : « LIER - DÉLIER - RELIER »

SOMMAIRE

1 - Historique du service - Philippe BERNARD (A.S.)	P. 2
2 - Présentation de la thématique - Arnaud NESTOR (psychologue).....	P. 3
3 - Atelier gymnastique douce - Carole GUROWSKI (A.S.).....	P. 6
4 - Atelier soins esthétiques - Justine JURETZKO (I.D.E.) - Marie-Josée BEAUCAMP (A.S.)	P.9
5 - Atelier cuisine et repas thérapeutique - Myrtille DEREMEZ (I.D.E.) - Evelyne SIMON (A.S.) - Cindy BALY (Diététicienne)	P. 11
6 - Réveil des sens - Philippe BERNARD (A.S) - Coralie RIQUOIR (IDE).....	P. 14
7 - Les groupes d'information - Catherine DEMARTIN (IDE) - Aurélie PLOUCHART (IDE).....	P. 15
8 - L'après cure - Sandrine VASSEUR (IDE.) - Karine ROSA (Assistante Sociale).....	P.18
9 - Perspectives d'avenir à Somain : l'hôpital de jour - Dr Marie-Anne DESCAMPS.....	P.26

Responsable du service d'alcoologie : Dr François Fourny - f.fourny@ch-somain.fr

Historique du service

Création : 1994

Nom LA CLAIRIERE

Déroulement des liens par l'historique

Lier : La naissance (germination)

En 1993, **une restructuration des services** occasionne la fermeture du service de chirurgie et de la maternité et une diminution de lits de médecine. Le centre hospitalier de Somain développe son accueil en moyen séjour (ex-chirurgie) et se réoriente vers une activité en alcoologie. **Ce projet épouse l'idée qui émerge dans la société, l'alcoolisme n'est pas un vice mais une véritable pathologie**, la maladie alcoolique. Dès le début de 1994, une équipe composée d'IDE et AS issus des services restructurés (maternité et médecine) est chargée d'élaborer un projet en vue de l'ouverture d'une unité d'alcoologie. Pour le personnel pressenti, le manque de connaissance et les préjugés sociétaux sur l'alcoolisme (individuel, interne et extérieur), le statut temporaire conféré par cette responsabilité rendent la tâche peu aisée. Mais la contribution à l'évolution de la structure (où la fermeture des services à été vécue difficilement) et à l'émergence de quelque chose de nouveau et d'original confère à cette équipe une réelle énergie et une solide motivation.

Déliier : L'essence (terreau)

Durant 4 mois, cette équipe **découvre toute la dimension pathologique** des problèmes de l'alcoologie, **dans sa traduction biologique, psychologique, sociale et culturelle**. De l'alcoolisme plus ou moins bardé d'ignorance, de jugement et de préjugés, le groupe va évoluer dans son approche de la maladie alcoolique. La personne malade alcoolique doit avoir confiance et être en confiance, et celle ci doit être réciproque. La relation soignant / soignés doit être également empreinte de tolérance, de non jugement, d'empathie et d'écoute, **tout en fixant un cadrage bénéfique sans basculer dans l'interdit**.

Avec le Dr Gillot et le Dr Taoufik, **une unité de 12 lits d'alcoologie** ouvre ses portes en avril 1994 **dans les locaux hautement symbolique** de la maternité. **Symbolique** car ce lieu est synonyme de déchirure, de souffrance, pour le personnel et pour une partie de la population, **symbolique** aussi car il représente un lieu tourné vers l'avenir et la vie. Au fil du temps et jusqu'à aujourd'hui, l'équipe soignante d'alcoologie parfait sa formation et cherche à toujours faire évoluer le projet.

Relier : La renaissance (culture)

Le projet médical tourne beaucoup autour des notions si ce n'est de naissance, **de renaissance**, de nouveau début, de nouvelle possibilité de réorientation de vie. Malgré un certain classicisme, le nom donné à cette structure prend tout ce sens. **LA CLAIRIERE** se veut de façon imagée comme un lieu éclairé, dégagé, paisible, un point de rencontre sur lequel on débouche après une traversée plus ou moins longue **dans l'obscurité forestière que symboliserait la dépendance au produit**. C'est un lieu où l'on peut se poser sans crainte, se reposer et reprendre un autre sentier que l'on espère moins obscur, mais qui **de toute façon déclenche une rupture et représente une étape importante dans le cheminement personnel face à cette maladie**. Cet espace à également bien entendu des limites très perceptibles : un règlement intérieur de service, un contrat de soin cosigné par les parties et la nécessaire cohérence du parler de l'équipe les fixent . Aujourd'hui avec le Dr Fourny, le Dr Descamps et l'équipe professionnelle, la Clairière reste **un service en perpétuelle évolution**, évaluation de fonctionnement et adaptation interne, **il s'extériorise** avec l'alcoologie de liaison et peut être demain la création d'un hôpital de jour.

Arnaud NESTOR (Psychologue)

Présentation de la thématique

L'idée première, celle qui s'est finalement rapidement imposée lors de l'élaboration de cette rencontre, s'est tout naturellement orientée vers un questionnement autour de la prise en charge institutionnelle.

En effet, sans revenir sur la symbolique historique du Service, force est de constater que son empreinte a forgé l'éthique et la spécificité de l'accompagnement proposé aux patients hospitalisés à la Clairière.

D'aucuns diront que la maladie alcoolique reste une énigme et perdue au-delà de la réponse d'abstinence. La question du doute, autrement dit du vide et du manque, ne semble pas uniquement concernée nos patients et que chacun, dans sa position, s'efforce de colmater.

Dès lors, l'humilité est de mise dans cet accompagnement qui bouscule sans cesse nos perspectives.

Ainsi, c'est donc autour des notions de :
LIER – DELIER – RELIER que s'articulera notre intervention.

Cette thématique s'efforcera de rendre compte, au travers d'interventions des membres de l'équipe, ce qui étaye le projet institutionnel.

Le fil conducteur ainsi retenu pose le cadre dans lequel nous nous efforçons de définir ce qui pourrait illustrer l'accompagnement proposé aux patients lors de leur séjour dans le Service.

On sait que l'accompagnement institutionnel de la maladie alcoolique s'étire en pointillé et rythme souvent l'investissement, le désinvestissement et le réinvestissement....cures, sevrages s'enchaînent, rappelant, s'il le fallait, cette répétition chronique souvent observée.

Dès lors, la rencontre avec le patient est délicate, toujours fragile et préfigure une relation, un investissement, ponctué de pauses et de ruptures.

C'est en ce sens où le vocable **LIER** peut prendre son sens. En effet, il permet de symboliser l'espace interactif qui déterminera ce premier temps de rencontre avec le sujet.

Le Petit Larousse définit le mot *lier*, notamment par « l'action d'assurer la cohésion des parties d'un tout », c'est également « serrer en entourant d'un lien ».

Par extension, *lier* contribue à unir, joindre de façon à établir une continuité, une succession, un enchaînement.

Dans la discontinuité du parcours alcoolique, l'hospitalisation va offrir un temps, un espace et un lien privilégié. Notre expérience clinique peut témoigner de l'intérêt qu'il revêt : la structure se doit de formaliser, autant que faire se peut, cette stabilité, prémisse au changement.

Le sujet va pouvoir, au cours des semaines, « se poser contre » - non au sens anaclitique mais au contraire dans un mouvement dynamique – « se poser contre » donc, pour permettre au patient d'identifier le soignant qui pourra alors devenir une personne ressource, un tiers, en ouvrant un espace dans cette interface « patient-alcool ».

Car que peut caractériser la libation, si ce n'est, au moins en partie, liquéfier son être et son corps, court-circuiter l'espace temporel, pour réinitier le fantasme archaïque du retour au sein maternel.

Cette époque où le double n'est pas encore (*bien que l'on puisse voir double sous alcool...*) et où le sujet ne fait qu'un avec l'Autre, l'Autre maternel.

Ce besoin constant d'unifier, de réunir, d'assembler, fait l'économie de l'Autre...jusqu'à sa propre déliquescence.

Dès lors, la réintroduction du Tiers qui fait tant défaut, symbolisé par la structure, le soignant, le cadre institutionnel représente un élément incontournable dans l'accompagnement proposé.

Dans le Service, on tente donc de *lier* les choses dans ce que les patients nous donne à voir et à entendre pour tenter de faire émerger le sens clinique de ce matériel. C'est donc envisager le sujet tel qu'il est, faute de pouvoir interagir avec lui, qui définit ce préalable nécessaire.

En effet, l'accompagnement institutionnel, tel que nous l'envisageons, ne se résigne toutefois pas à « laisser le patient là où il est »...au risque de ne pouvoir renforcer un engagement vers de nouveaux possibles.

C'est ce qui est mis en jeu autour du terme **DELIER**. Consolider l'accompagnement peut amener le patient à surseoir à ce qu'il peut, dans l'optique de solliciter en lui ses ressources propres, son potentiel afin qu'il explore la perspective du changement.

Déliier signifie la « rupture », la « césure ».

Déliier c'est «détacher ce qui lie »...autrement dit, « défaire ce qui est liée ».

L'Equipe Soignante accompagne ainsi le patient pour l'aider à se *déliier* du symptôme, accompagner ce choix, cette rupture amorcée au décours du séjour.

Les entretiens, les suivis proposés sont autant de temps où le sujet expose sa demande d'aide, en identifiant l'Autre, l'Autre soignant.

De cette collaboration, se dégage des recherches de stratégies abordées au préalable dans les Groupes d'Information.

Parce que l'ancrage dans le Réel, l'évocation de situations concrètes, l'immersion du quotidien sont autant d'espaces où l'échange s'alimente par la parole (*alimenter* la parole plutôt que la *liquider*). La parole, le langage peut alors s'envisager comme substitut à l'agir. L'expression n'invite-t-elle pas d'ailleurs à « délier les langues ? »

Dans le même ordre d'idée, accompagner le patient pour l'aider à se *délier* d'une image, occuper ce temps limité à investir autrement l'imaginaire d'autrui, et par là-même celui aussi du soignant.

Le médium que représente l'outil thérapeutique au travers des activités et des ateliers *délie* le sujet d'un attribut, d'une représentation souvent délétère et mortifère. Il arrive souvent que le patient arrive, fixé dans une déstructuration sociale, professionnelle, familiale, personnelle, psychique, corporelle,...

La notion de **RELIER** incarne ce rattachement temporel par le biais de ces ateliers. Comme l'a préconisé Descombey, c'est le déroulement temporel des activités qui peut avoir une valeur décisive dans le processus de cure, car il vient poser un contre-pied du « temps psychologique ». Ces ateliers portent la marque d'un moyen de « ré-intégrer le temps » (autrement dit se relier à lui) afin d'apprécier ce fameux temps de réflexion sur soi.

Relier c'est « lier de nouveau »

Relier c'est l'anagramme de Relire...

Accompagner ainsi le patient à *relier* sa place propre, en tant que sujet, dans son histoire, son parcours, son cheminement...mais c'est aussi contribuer à le *relier* au sein d'un groupe facilitant ainsi l'identification.

ATELIER GYMNASTIQUE DOUCE

Définition : c'est une méthode douce d'exercices physiques qui alterne renforcement musculaire et assouplissement. Activité à visée thérapeutique ; programmée et obligatoire, elle nécessite une prescription médicale.

Objectifs visés en fonction du programme d'exercices.

1. découvrir le plaisir d'une activité physique.
2. faire travailler les muscles qui ont souffert de l'intoxication éthylique et contribuer à une amélioration physique.
3. prendre conscience de son corps (travail ciblé sur les différents groupes musculaires).
4. aboutir à un bien être global : être bien dans son corps pour être bien dans sa tête.
5. apprentissage de la respiration : expirer au moment de la contraction musculaire, inspirer au relâchement, et adapter la respiration au rythme de l'exercice.
6. penser son corps pour aboutir à des automatismes : changer le positionnement d'un corps demande effort et régularité donc une continuité à la pratique (pratique poursuivie à la sortie de cure).

Programme d'exercices :

1. Echauffement :

a. *définition* : chauffer et étirer tous les muscles du corps.

b. *But* : aucune séance ne doit commencer sans échauffement. Les muscles froids, on risque le claquage. Accélérer le rythme cardiaque pour améliorer sa fonction cardio-respiratoire.

2. Exercices de contrôle ou exercices principaux de positionnement :

- adhérence de la voûte plantaire.
- Placement du poids du corps.
- Rétroversion du bassin.
- Etirement de la colonne vertébrale.
- Alignements : épaule / hanche...

3. Exercices d'équilibre et de coordination :

- marche avant.
- Marche arrière.
- Marche latérale.
- En appui sur une jambe.
- Frappe du pied jambe tendue.
- Genou levé sur chaque jambe.
- Rencontre en l'air du pied et de la main du même côté et du côté opposé.

4. Exercices dynamiques : ce sont les exercices qui fortifient, tonifient et assouplissent les muscles des épaules, des bras, des pectoraux, de la taille, du dos, des abdominaux, des jambes et hanches, des fesses et des chevilles.

→ privilégier la qualité à la quantité (peu de répétitions mais avec une posture correcte, exemple : une série de huit répétitions par exercices).

5. Deux exercices de détente :

- Le grand étirement.
- L'œuf.

Après l'effort, la séance se termine par un temps de relaxation.
L'exercice de l'œuf est pratiqué avec la respiration abdominale.

Rappel de l'importance de l'hydratation en cours et en fin de séance.

La séance :

- une séance par semaine = 11 exercices.
- le mardi après-midi de 16h à 17h.

Lieu : à l'extérieur du service si le temps le permet ou dans une salle d'activité en psychiatrie.

Personnel : 2 soignants.

Matériel : tapis de sol et montre.

Evaluation :

Elle porte sur :

1. Le positionnement du corps.
2. La compréhension de l'exercice et la capacité à le réaliser.
3. L'amélioration physique constatée, à quel niveau.
4. Le rythme respiratoire.

Les effets ressentis et verbalisés du patient :

1. Plaisir à l'activité (basé sur une note allant de 1 à 3).
2. Si douleurs, à préciser.
3. Le patient formule-t-il l'envie de pratiquer une activité physique à la sortie, si oui laquelle ?

L'ATELIER SOINS ESTHETIQUES

L'apparence est de nos jours une notion très importante, l'image de soi à travers le regard de l'autre.

Elle apparaît au premier abord. C'est le reflet de notre personnalité, de notre appartenance à la société.

Dans la maladie alcoolique, cette apparence est souvent désinvestie et détériorée.

Les soins esthétiques englobent deux dimensions :

- Le travail sur l'image de soi, améliorer la présentation
- Le côté sensoriel avec le toucher, l'odorat, l'ouïe.

1) LIER

-**Lier** avec une hygiène de base c'est-à-dire une simple propreté. Etre lavé, coiffé, rasé, être soigné.

-**Lier** avec des sensations découvertes par le contact physique (le toucher du soignant), générateur d'émotions nouvelles du bien-être physique à la détente.

C'est souvent ce que nous verbalise le patient en fin de séance : un effet détente, relaxant, avoir fait le vide et avoir senti son corps.

-**Lier** avec une opportunité de créer une dimension nouvelle dans la relation soignant soigné.

Par ailleurs, cela également le moment d'un entretien informel où le patient nous fait part de ses difficultés rencontrées avec l'alcool.

-**Lier** avec un objectif, celui de prolonger le soin à la sortie de cure.

Esthéticienne en ville, maquillage pour les femmes. Crème de jour, coiffeur et tenue vestimentaire pour les hommes.

2) DELIER

-**Déliér** avec l'image dévalorisée de l'apparence traduite par une négligence du corps, du visage que l'on n'arrive plus à regarder en raison des stigmates laissés par la consommation abusive d'alcool. Après la séance la plupart des patients se regardent dans le miroir avec une satisfaction, un plaisir de se regarder laissant de côté ce dégoût.

...
sont pas pour moi, sentiment d'exclusion pour de nombreuses femmes et surtout les hommes.

Supprimé : **Déliér** cette idée selon laquelle les soins esthétiques ne

Voilà pourquoi cette activité n'est pas obligatoire dans le contrat de soin car l'on conçoit d'abord qu'il n'est pas évident de se faire toucher mais aussi d'accepter cette notion d'esthétisme.

3) RELIER

-**Relier** avec une image positive de soi génératrice d'une identité personnelle, valorisée qui accentue la confiance en soi, l'envie d'aller de l'avant et génératrice aussi d'une image sociale grâce à une apparence physique acceptable.

« on se regarde et on se donne à voir ».

- **Relier** avec une possibilité de donner accès à certains hommes des soins esthétiques alors qu'ils y étaient opposés au départ.

En conclusion, l'atelier «soins esthétiques» proposé au patient sur le volontariat est souvent sollicité.

L'atelier esthétique permet au malade alcoolique de se réinvestir narcissiquement et par conséquent dans le contact avec l'autre.

On se regarde comme on est regardé.

Myrtille DEREMEZ (IDE)
Evelyne SIMON (AS)
Cindy BALY (Diététicienne)

Atelier cuisine et repas thérapeutique

Introduction :

La maladie alcoolique peut engendrer chez certains patients une perte de plaisir à réaliser les activités de la vie quotidienne tel que la préparation du repas et le goût de s'alimenter.

La démarche de soins peut permettre ainsi de redécouvrir, de se réapproprier ces plaisirs par le biais entre autre de l'atelier cuisine.

Dans un premier temps : Lier

- Lien entre l'équipe soignante, la diététicienne, le groupe d'informations (hygiène alimentaire) et la cuisine.

Le mercredi matin : élaboration du menu avec l'aide de l'équipe soignante et la diététicienne qui veillent à ce que la composition du repas soit adapté aux besoins des patients tout en prenant conscience du plaisir de manger.

Exemple : Recherche d'équilibre alimentaire dans la confection du menu : faire prendre conscience que le plat peut être aussi bon en utilisant les bonnes quantités de matière grasse.

Le choix des matières grasses est également important (le beurre en cuisson n'est pas nécessaire).

- Lier à un projet de vie : la sortie en ville le vendredi après-midi pour les achats des aliments nécessaires à la réalisation de l'atelier cuisine.
- Le patient retrouve la nécessité de manger, notion perdue peu à peu avec l'alcool.
- On retrouve le lien dans la communication au sein du groupe (échange d'idées, de recettes).

- Lier à une règle, un horaire : l'atelier cuisine se déroule le dimanche matin de 10H à 12H, cette gestion du temps permet au patient de se situer dans une période bien définie. Avec l'alcool, le patient n'est pas toujours aheuré.
- Lier aussi au respect des uns des autres.
- Le patient prend plaisir de confectionner un plat : faire prendre conscience que certaines préparations sont faciles à réaliser (il n'est pas nécessaire de les acheter toutes faites) bien qu'on peut penser le contraire quand on ne les a jamais réalisées.

Exemple : pâtes brisées, crèmes pâtisseries....

Puis nous abordons le thème : Délier : c'est en quelque sorte se délier des mauvaises habitudes alimentaires.

Le patient se délie de l'alcool :

- Il apprend ou réapprend à concevoir un repas sans alcool.
- Il se délie des mauvaises habitudes alimentaires mais aussi des festivités avec l'alcool et retrouve la convivialité. Grâce à cet atelier, il peut se délier de l'isolement.
- Le patient se délie des préjugés pour échanger dans le groupe des idées nouvelles pour se nourrir et se nourrir de nouvelles idées.

Par exemple : pour l'accompagnement du cocktail sans alcool, les chips peuvent être remplacées par des bâtonnets de légumes avec de la sauce, des billes de melon, des tomates cerises farcies ou des toasts d'endives.

- Les patients se délient des préjugés car dans un premier temps ils peuvent être réticents et ensuite surpris lors de la dégustation.

Enfin nous abordons le thème **Relier** :

- Le patient relie avec la convivialité (mettre une belle table).
- Il relie avec le goût d'agir, de concevoir un plat mais aussi les tâches de la vie quotidienne : achats de denrées alimentaires en fonction d'un budget donné.
- Relier avec des notions d'hygiène : se laver les mains, prendre soin des ustensiles utilisés...
- Le patient relie avec le plaisir de faire quelque chose. Chacun peut s'exprimer dans le groupe. Cela rejoint l'estime de soi : le patient se prépare pour le repas. Certains retrouvent le goût de s'habiller, de se maquiller, il reprend soin de lui (ce qui relie avec l'atelier esthétique).
- Le patient relie avec des gestes perdus (dextérité, confiance en soi retrouvée petit à petit).
- Le patient relie avec des saveurs, des odeurs (en parallèle avec l'atelier des sens).
- Le goût de manger retrouvé relie avec la réalité : il retrouve l'appétit et le plaisir de manger.

Conclusion :

Sans alcool, le goût de vivre est retrouvé mais aussi le plaisir de manger. L'atelier cuisine permet au patient d'apprendre ou réapprendre à manger équilibré. Le patient réorganise sa vie sans alcool. Il se remet en contact avec la réalité du besoin de se nourrir et du plaisir de manger.

Atelier Réveil des Sens

LIER : Constat

« **Alcool + sens :::: Altérations et inconscience de celles ci** ».

La dépendance à l'alcool entraîne des altérations physiques et psychiques qui influent sur les sens. Par exemple on peut observer une altération des muqueuses, du nerf optique, des papilles gustatives, de la sensibilité tactile qui peuvent être renforcés par un manque d'hygiène. Du fait de la pathologie le patient se renferme sur lui même, se coupant des réalités de son environnement. La perte de l'estime de soi l'amène à se négliger.

DELIER : Réflexion

« **Prise de conscience de l'altération des sens et de leur importance** ».

Les sens permettent à l'individu d'être en relation avec le monde extérieur mais également avec lui même. Ils sont sources de plaisir et procurent une certaine sécurité. Ils permettent de mieux se connaître soi même.

Face à ce constat et à cette réflexion, l'équipe soignante a décidé de mettre en place une activité thérapeutique qui permettrait de réveiller certains sens altérés ou en sommeil.

RELIER : Action

« **Réveil des sens :::: Reprise de conscience de l'existence de ces sens et de leur rôle dans la réalité** ».

Mise en place d'une activité intitulée « Réveil des sens » qui se limite à 4 sens : Vue/Observation, Ouïe, Toucher, Odorat. Le goût n'est pas traité dans l'activité puisqu'il est abordé naturellement lors de l'atelier cuisine. Cette activité se déroule toutes les 3 semaines en milieu extérieur.

Déroulement + Fiche d'évaluation....

Descriptif des différents ateliers réveil des sens

Evaluation soignants / soignés

Le patient est amené à se situer par rapport aux altérations et perceptions de ses sens afin de réaliser leurs rôles.

L'équipe soignante s'appuie sur cette auto évaluation pour restituer des informations sur le rôle des sens dans la vie quotidienne en faisant le lien entre la problématique alcool et les altérations sensorielles.

Au delà de ces objectifs, l'évaluation permet également de travailler et d'évaluer la concentration et la mémorisation.

Evaluation de l'activité

Après un an de fonctionnement, on peut globalement dire que cette activité est appréciée des patients car elle leur fait découvrir un aspect de la maladie alcoolique qui n'est pas forcément majeur. Ils en apprécient aussi son côté ludique et le cadre dans lequel il est réalisé.

LE GROUPE D'INFORMATION

L'utilisation du programme d'aide au maintien de l'abstinence s'articule autour de différentes thématiques. L'objectif de ce programme est de fournir des outils, qui pourront **peut être** aider les patients à éviter les écueils, qu'ils rencontrent souvent à la sortie.

Avec les patients, on aborde ce qu'est la dépendance à l'alcool, afin ceux-ci puissent comprendre la maladie alcoolique et **faire des liens** avec leur parcours, leur vécu en s'identifiant aux personnages présents dans le programme et leurs témoignages.

La dépendance à l'alcool n'est pas une question de quantité. On considère qu'une personne devient dépendante à l'alcool, quand elle continue de boire régulièrement ou irrégulièrement, malgré les problèmes qui surviennent et qui sont liés à la consommation excessive d'alcool.

Ces problèmes **liés** à l'alcool peuvent être de diverses natures : difficultés relationnelles (conjoint, collègues, famille, enfants...), affaiblissement des capacités intellectuelles, tendance dépressive et maladies physiques.

La dépendance à l'alcool peut se manifester selon les personnes :

- par une incapacité à s'abstenir.
- Par des symptômes de manque tel que les tremblements. Les patients pourront faire **le lien** avec la dépendance physique.

Il peut s'agir d'une incapacité à contrôler sa consommation, avec le besoin de se défouler avec l'alcool, et finalement la vie de ces personnes va se rétrécir petit à petit autour des seules préoccupations **liées à l'alcool**. Le patient pourra faire le **lien avec les besoins d'alcool et sa dépendances psychologique**.

L'alcoololo dépendance **n'est pas liée** à une cause unique mais à un ensemble de causes qui peuvent rendre un individu vulnérable, à développer une dépendance à l'alcool, **à lier l'alcool** à sa vie. On parle alors de facteurs de risques.

Avec les patients, nous abordons les facteurs de risques qui sont multiples, et bien difficiles à démêler, **à délier** pour un individu donné.

Les facteurs de risques **liés à la dépendance** peuvent être de nature psychologique, culturelle, amicales, familiales, professionnelles et biologiques.

Une fois qu'un individu a pris l'habitude de boire, il va se rendre compte que l'alcool modifie la façon dont il se sent, dont il se comporte. **Des liens se créent entre l'individu et l'alcool**, dans les effets recherchés et les effets retrouvés dans les consommations alcoolisées.

Certains vont utiliser l'alcool pour se sentir plus détendus, moins anxieux, et d'autres au contraire pour se stimuler.

L'alcool peut aider à s'éclater, **à lier connaissance, à délier les langues**, à parler plus facilement avec les autres, **à se lier d'amitié**, à augmenter la confiance que l'on a en soi, ou tout simplement à éviter de penser, à se détacher, **à se délier de la réalité**.

Au bout d'un moment, la consommation d'alcool ou l'envie de boire vont être déclenchées par certaines situations, **ou liées à des émotions**, sans même que la personne ne s'en rende compte.

Ces situations peuvent être de voir d'autres personnes boire, ou tout simplement d'être en présence d'alcool.

Les **émotions** liées au déclenchement du besoin de boire peuvent être :

- la colère.
- Le découragement.
- L'ennui.
- La joie.
- La tristesse.

L'objectif des informations est d'une part d'élargir les pistes de réflexion et offrir au patient une connaissance adaptée qu'il peut s'approprier et d'autre part, aborder les moyens à mettre en œuvre, pour éviter certains pièges qui pourraient conduire à une ré-alcoolisation.

Voici le témoignage d'un patient rencontré dans le service :

Vignette clinique :

Monsieur Janvier, 39 ans, au chômage, 1^{ere} démarche de cure à la Clairière.

Il exprime se reconnaître en tant que « malade » mais ne reconnaît pas le terme de « malade alcoolique » ou « alcoolique ».

A l'inverse Mme Février, 41 ans, 4^e démarche de cure à la clairière, hospitalisée pour injonction de soins du tribunal, avec risque de perdre la garde de ses enfants nous dit : « j'admets le terme alcoolique, mais je ne comprends pas le terme malade alcoolique, pour moi je ne suis pas malade ! ».

Mme Février fait le lien par rapport au constat de ses consommations excessives, mais elle ne les relie pas à sa dépendance au produit alcool et semble en partie déliée de sa maladie dans ce qu'elle nous dit.

(Savoir refuser l'alcool)

Manifestement, **une décision sincère** de ne plus boire ne suffit pas toujours. Ainsi, une mauvaise gestion des situations où on se fait offrir à boire, en a conduit plus d'un à une rechute, alors qu'il avait sincèrement décidé de ne plus boire.

Afin de gérer au mieux les situations à risques, il est important pour le patient de réfléchir durant la cure, à des réponses adaptées **en lien avec les situations de sa vie**, qui peuvent lui poser le plus de problèmes. **A la sortie, le patient essaiera de se relier aux pistes de réflexion proposées telle que s'affirmer dans son choix de boisson non alcoolisée.**

(Les pensées dangereuses)

Les pensées liées à l'alcool, ressentir des envies de boire, demeurent un phénomène fréquent chez les malades alcooliques abstinents. Les situations de stress, de crises, le découragement, l'ennui, les difficultés (financières, familiales), la nostalgie de l'époque où ils pouvaient boire sans problèmes, peuvent être des circonstances où surviennent les pensées liées à l'alcool.

Les patients apprendront à prendre conscience d'être dans un processus de pensées dangereuses.

Afin de lutter contre ce processus, le patient pourra **essayer d'agir** sur son **discours intérieur, en reliant sa pensée** à l'opposition complète de boire, **en reliant son présent** à ses expériences pénibles avec l'alcool, **en reliant son désir d'abstinence** avec les bénéfices tirés de l'abstinence, **et ainsi rester lié à une situation de confiance en soi**, (qui permet de garder le dessus sur la pensée dangereuse).

Quitter la situation où la pensée d'alcool est apparue, se donner un délai, téléphoner à un ami peuvent aider à lutter contre cette envie de boire.

→ **Lutter contre le processus de pensées dangereuses restera une difficulté majeure dans le maintien de l'abstinence.**

Vignette clinique : Mr Avril, 40 ans, vu en alcoologie de liaison au C.H. de Douai, viendra quelques semaines plus tard pour une 1ère démarche de cure.

Ce patient ne se reconnaît pas directement dans les personnages de la cassette (Paul et Christine), mais il sait que les conflits avec sa mère ou son épouse génèrent des sentiments de colère, qui l'entraîne à des envies d'alcool, et des consommations excessives recherchant l'effet d'ivresse et l'oubli.

Actuellement, une procédure de divorce est en cours. La séparation est source de souffrance et de solitude difficile à gérer et à accepter.

Il **met en lien** les souvenirs pénibles lors de ses alcoolisations : de marcher en titubant la tête baissée dans la rue, de ne pas oser lever le regard tellement la honte le submerge, ce qui le touche profondément et il le dira : « je ne veux plus raser les murs en ressentant ce sentiment de honte, les yeux baissés sur le sol afin d'éviter tout regard ».

« Depuis mon hospitalisation, je reprends confiance en moi, j'ai meilleure mine, je regarde à nouveau les gens dans les yeux, je souris, je rends service aux autres, je revis ! ».

le patient fait le lien entre l'abstinence et les bénéfices tirés de l'abstinence. Il a pu **déliier la parole** face à ce sentiment de honte et de culpabilité ressentis lors des alcoolisations massives. Il sait que la pensée dangereuse peut **être en lien** avec sa mauvaise gestion des conflits conjugaux pouvant entraîner un sentiment de colère intense très difficile à gérer et l'isoler à nouveau dans sa problématique alcool.

(Gérer les critiques liées à l'alcool)

Tout le monde ne sait pas forcément recevoir et même accepter les critiques pouvant entraîner des tensions, ou une réaction émotionnelle forte composée de sentiments d'injustice, de colère, d'agressivité exprimée ou pas chez les malades alcooliques abstinents. Ces émotions augmentent le risque de reboire, car les malades alcooliques ont en plus des autres problèmes, à assumer :

1. le vécu de l'entourage à l'époque où la consommation posait problème.
2. celui de la perte de confiance de l'entourage à l'origine de soupçons parfois injustifiés revenant sur le passé alcoolique et soupçonnant une ré-alcoolisation.

Dans tous les cas, il est important pour le patient **de rester lié à 2 objectifs** :

1. éviter la ré-alcoolisation.
2. d'amener son interlocuteur à modifier sa critique de telle façon qu'elle devienne acceptable, ni injuste, ni blessante.

Au cour d'un des groupe :

Vignette clinique :

Monsieur Mai, 42 ans, séparé. 7^e démarche de cure à la clairière.

Nous livre « quand on me dit des choses qui ne me plaisent pas il y a l'escalade de la violence qui monte verbalement et physiquement. je peux devenir très dangereux et ça peut aller très loin...il n'y a qu'avec les gens de ma famille qui sont âgés et que je respecte profondément que j'arrive à rester calme pour ne pas les peiner. Je ne dit rien et puis parfois je me scarifie . Un jour, cela faisait quelques semaines que j'étais abstinent et je demande à ma compagne où sont les couverts pour mettre la table. Elle me répond dans le 2^e tiroir, comme d'habitude, c'est vrai quand tu étais toujours saoul, la table tu ne la mettais pas. J'étais tellement en colère que directement je suis partis au café et j'ai consommé.

Le patient **fait un lien** avec sa difficulté à se confronter aux critiques relatives à son passé. Il délie les éléments de cette situation et leurs conséquences contribuant ici, selon lui, à cette ré-alcoolisation.

L'accompagnement propose d'évoquer avec le patient ses intolérances à la frustration afin de mieux les identifier dans les situations conflictuelles.

(petites décisions, lourdes conséquences)

Des décisions qui semblent anodines, peuvent avoir de lourdes conséquences. Sans compter que, dans le moral, il y a des hauts et aussi de bas, et qu'une contrariété ajoutée à une décision, peuvent rendre le malade alcoolique plus vulnérable à ses envies de boire, à ses pensées dangereuses.

Avec les patients nous abordons en groupe, l'impact des décisions du quotidien et leurs conséquences. Nous discutons de l'intérêt d'anticiper certains risques en envisageant leurs conséquences.

Chaque patient est donc sollicité pour réfléchir à ces situations à risques.

Je vais maintenant vous évoquer le cas de :

Vignette clinique : Monsieur Juillet, 38 ans, concubinage, 5^e démarche de cure.

Ce patient avait pour habitudes de consommer surtout seul chez lui, recherchant surtout la défonce. Lors des sorties des précédentes cures il avait choisi de garder de l'alcool à la maison. Pour la 1^{ere} fois au cours de cette démarche de cure, il décide de ne plus avoir d'alcool à son domicile à la sortie de son hospitalisation, et de ne pas en acheter quand des amis viendront.

Il demande à sa compagne de retirer toutes les bouteilles du domicile avant sa sortie.

Mr Juillet s'interroge sur les risques pris d'avoir gardé de l'alcool à la maison. Il **fait le lien entre** l'accumulation des factures, les problèmes financiers rencontrés et la proximité du produit lors de difficultés à gérer.

« je n'avais qu'à tendre la main » nous dit-il.

Par ailleurs, il décide également d'annoncer à ses amis sa récente abstinence, et son choix de ne plus présenter d'alcool lors des invitations familiales ou amicales. Progressivement, des choix semblent se préciser.

Vignette clinique : Mr Août, 45 ans, célibataire, 4^e démarche à la clairière, polytoxicomane.

Il nous dit : « dans mon temps d'abstinence de 3 ans, j'invitais une fois par mois mes parents, ma fille et son ami et j'achetais pour cette occasion uniquement de l'alcool. Ma mère apprécie la Buckler. Si vous saviez comme j'étais fier de proposer à mes parents de l'alcool et moi d'être avec mon coca light... vous vous rendez compte l'effort et le bonheur que c'est pour un malade alcoolique ! ».

Monsieur Août a très bien fait le lien que la présence d'alcool chez lui est un risque majeur. Il choisit dans cette démarche de cure, d'acheter très occasionnellement de la bière pour ses invités et d'affirmer à ses proches son abstinence. Il décide de ne pas priver ses proches du plaisir de partager un instant de vie avec le choix de boissons alcoolisées. Le regard de ceux qu'il aime sur sa capacité d'abstinence, en présence du produit est important, il se sent intégré dans son milieu familial et maintient les habitudes sociales dans sa proposition de bières. Il a discerné également que sa réflexion devra s'approfondir surtout sur la gestion de la solitude.

Les questions les plus fréquentes abordées en groupe, sont celles qui concernent ses habitudes de vies et leurs risques :

exemple :

- garder de l'alcool à la maison ou pas ?
- d'acheter de l'alcool lors des invitations au domicile ?
- Garder de l'alcool en permanence ?
- Retourner au café ou pas ?
- Passer devant des endroit où ils avaient l'habitude de boire ?
- Se rendre à une soirée festive où les invités consomment ou refuser l'invitation ?

Ces échanges permettent là encore d'aborder la réalité du patient dans son contexte de vie, **de le relier** ainsi à ses expériences et l'aider à prendre certaines décisions.

(plans d'urgence)

Enfin, une notion essentielle abordée en groupe permet de distinguer la reprise de l'alcool, qui peut être un simple faux pas et la rechute, qui est un retour vers la perte de contrôle, la dépendance et les envies. « Le plus important c'est déjà d'en parler ».

Le patient est informé qu'il a la possibilité de téléphoner à la clairière nuit et jour et qu'une écoute attentive est assurée. Un RDV avec son alcoologue et son infirmière référente lui sera proposé.

Conclusion :

Au cours de ces groupes d'informations, d'aide au maintien de l'abstinence, le patient acquiert les éléments de base de la maladie alcoolique, **un lien d'écoute réciproque et attentif s'établit**, et petit à petit, **un lien de confiance** avec l'équipe, et les autres patients peut se créer.

Le patient est invité à un dialogue, où il **peut délier** ses maux par des mots, et avec humilité, commencer à **se reconstruire. Il peut prendre conscience que l'alcool a pris beaucoup de place dans sa vie, et que l'abstinence se prépare dans les choix de remplir ses nouveaux vides.**

Nous communiquons un ensemble d'informations concernant la maladie alcoolique :

-

Supprimé : <#>En proposant des pistes de stratégies.¶
<#>En aidant le patient à s'interroger.¶
<#>A discerner les pièges, les situations à risque à la sortie.¶
<#>Nous l'encourageons dans sa réflexion sur les difficultés qui pourront être rencontrées lors du retour d'hospitalisation.¶
Et enfin, nous l'orientons et l'accompagnons dans ses décisions.

La transmission des informations concernant cette addiction, permet au patient d'accéder à la connaissance, à la compréhension de sa dépendance, et de ses conséquences et d'anticiper la gestion de ses émotions.

Ainsi, le patient s'enrichit progressivement et commence à **délier les liens qui le liaient à l'alcool.**

Il peut maintenir à l'esprit ses connaissances, les **CONTENIR** précieusement, en **saisir le sens**, et ainsi faire preuve d'une meilleure compréhension envers la maladie, lui même et son entourage.

L'isolement familial, social peut alors **se délier** et laisser place à une meilleure communication et la construction d'une meilleure estime de soi.

Les capacités de réflexion du patient peuvent de développer et des choix se discerner. **L'authenticité des témoignages des différents parcours, les partages d'expérience, les ré-alcoolisations, les rechutes, sont également un enrichissement supplémentaire aux informations.**

En s'appropriant la connaissance de la maladie alcoolique, le patient est encouragé à réfléchir à sa réalité, au parcours de l'abstinence à venir, à progresser dans sa déculpabilisation.

Cette étape de l'information reste un préalable nécessaire, pour mieux combattre la maladie alcoolique jour après jour.

L'équipe soignante accompagnera le patient, qui demeure fragile, dans un nouvel équilibre de vie sans alcool, et l'aidera à devenir ainsi pleinement l'acteur de son chemin d'abstinence.

Sandrine VASSEUR (IDE.)
Karine ROSA (Assistante Sociale)

L'APRES CURE

Certains Malades Alcoolistes qualifient notre unité de « cocon». Son aspect sécurisant, l'encadrement professionnel, les affinités entre les malades sont autant de liens forts et aidant dans la recherche de l'abstinence.

Notre travail ne se résume pas qu'à ce rôle, mais aussi à les préparer à la sortie future.

CETTE PREPARATION A LA SORTIE PEUT SE DEFINIR EN QUATRES GRANDS AXES DE TRAVAIL :

- la prise en considération des difficultés sociales, familiales et administratives du patient ;
- la réunion de l'entourage ;
- le suivi ambulatoire à La Clairière ;
- le travail en partenariat avec l'ensemble du réseau Alcool.

Le patient est informé de ses différentes possibilités de suivi durant son hospitalisation dans le cadre de la réunion d'information que j'anime une fois par semaine.

PREMIER AXE **LA PRISE EN CONSIDERATION DES DIFFICULTES SOCIALES FAMILIALES** **ET ADMINISTRATIVES DU PATIENT**

La séparation avec le produit va permettre au patient de prendre conscience de ce qui a pu être « délié » au décours de son existence avec l'alcool

Qu'il s'agisse de rupture sur le plan familial, amical, professionnel, mais aussi au regard des administrations voire de la société dans sa globalité. ; ces ruptures peuvent être lourdes en conséquences : difficultés financières pouvant aller au surendettement, perte de logement, perte du travail, isolement ; Le risque extrême étant la grande précarité voire la marginalisation.

C'est pour ces raisons que chaque membre de l'équipe est attentif à la situation de chaque patient et n'hésite pas à l'orienter sur les permanences de l'assistante sociale.

En créant un « lien » avec le patient, l'assistante sociale propose un espace d'écoute, d'information, de conseil et d'aide aux personnes qui le souhaitent.

Tout en respectant le projet du patient et son cheminement propre, l'une de ses missions est de l'Accompagner à se « relier » dans sa Réalité Sociale et Familiale mais aussi aux Réalités Institutionnelles et Economiques du terrain.

C'est pourquoi, il apparaît indispensable de collaborer, de travailler en partenariat avec l'ensemble du réseau administratif, social et médical.

DEUXIEME AXE LA REUNION DE L'ENTOURAGE

Une réunion avec l'entourage est proposée une fois par mois dans l'unité.

Elle permet de « relier » la famille avec la démarche du patient en accédant à un espace d'informations et d'échanges sur la maladie alcoolique ; et par là peut permettre de renforcer « le lien » entre le patient et sa famille.

Cela peut être l'occasion aussi pour la famille de « déliier » avec ses idées reçues sur la pathologie.

TROISIEME AXE LE SUIVI A LA CLAIRIERE

A la sortie, *un suivi ambulatoire* avec l'infirmière référente et/ou le médecin et/ou le psychologue et/ou l'assistante sociale est proposé au patient.

Ce suivi est assuré par l'équipe sur Rendez-Vous. Le patient a la possibilité de s'inscrire dans cette démarche dès sa sortie ou à posteriori

L'unité propose *une écoute téléphonique 24H/24* créant ainsi un lien téléphonique entre l'unité et le patient. Une possibilité *d'entretiens « informels »* en cas de difficulté est également possible.

Chaque samedi matin se tient également *la Réunion des Anciens* dans l'unité d'hospitalisation, à laquelle tous les patients sortis sont conviés. On y vient pour boire un café et échanger avec d'autres patients et l'équipe : là encore : le lien perdue

Tout en renforçant le lien créé au cours de l'hospitalisation avec la structure, ce suivi « relié » le patient avec les réalités de la maladie alcoolique et peut être pour le malade l'occasion de « se déliier » de son quotidien.

QUATRIEME AXE
LE TRAVAIL EN PARTENARIAT

Une réunion mensuelle ainsi que *des permanences* avec les **ASSOCIATIONS NEPHALISTES** sont organisées pendant la cure afin d'établir un contact avec les patients ;

Les missions *du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie* sont abordées lors de la réunion d'information

Un travail de relais entre les malades et *les centres de post-cures* est assuré par l'assistante sociale du service ;

L'alcoologie de liaison qui sera abordée juste après par nos collègues fait aussi partie du réseau et permet également un travail en partenariat

« **Lier** » le patient avec toutes les composantes de l'après cure permet de le « **délier** » du cocon de l'hospitalisation et ainsi le « **relier** » à sa propre VIE ;

L'HOPITAL DE JOUR

LIER, RELIER, DELIER QUELLES PERSPECTIVES POUR LE SERVICE D'ALCOOLOGIE DE SOMAIN EN 2007?

Etablir une relation de confiance, créer un lien avec les patients, à travers le suivi ambulatoire ou l'hospitalisation, sont les bases du projet thérapeutique individuel qui amènera au changement de comportement vis à vis de l'alcool. L'intervention du soignant se fait dans la durée pour favoriser la construction d'un nouvel équilibre de vie.

Cependant, malgré le suivi proposé et les différents projets mis en place par les patients, le retour à la réalité (familiale, environnementale, professionnelle...) peut être difficile. Il l'est d'autant plus pour une population qui cumule plusieurs facteurs de risque de réalcoolisation, comme l'isolement, l'inactivité professionnelle, les problèmes d'hébergement. Une part non négligeable de ces patients reviennent régulièrement en hospitalisation.

Quel moyen intermédiaire utiliser pour amortir le passage entre l'hospitalisation et le domicile ? L'idée de créer des ateliers thérapeutiques existait depuis quelques années ; elle a été reprise sous la forme d'un projet d'hôpital de jour, qui sera un tremplin entre l'institution et la ville.

Les attentes des patients ont été ciblées ; les activités d'hôpital de jour seront liées à celles réalisées en hospitalisation pour un travail en continuité, prolongé et approfondi. Une présence régulière permettra de délier le patient de ses habitudes de vie et de son quotidien et le reliera progressivement à la société en lui redonnant le goût de faire, de participer, de prendre des initiatives, de retrouver son autonomie.

Nous espérons par ce projet élargir encore la prise en charge des patients en alcoologie, et intéresser les différents membres du réseau pour une plus grande ouverture.