



La postcure en centre résidentiel longue durée peut-elle être l'ultime et unique solution au traitement de l'alcoololo-dépendance adulte ?

Réflexions et éléments de réponses au départ d'une expérience de management dans une communauté résidentielle de type thérapeutique comme celle de l' a.s.b.l. L'Espérance à Thuin ?

Travail présenté par Jacques Hansenne

En vue de l'obtention du Certificat Inter-Universitaire en Alcoologie

ULB – ULg - UCL

Année académique 2019-20

Table des matières

1. Remerciements	3
2. Introduction et motivation du sujet	4
3. Méthodologie	6
4. Brève présentation du centre	6
Histoire	6
Population	7
Projet thérapeutique	9
5. Résultats personnels	11
Points relevés	11
1. Bilan et revalidation neurologique	11
2. Post-postcure et réseau	12
3. Logement après postcure	13
4. Travail systémique	14
5. Education à la santé pour les familles et les proches	15
6. Données probantes	16
7. Formation continue, supervision et intervision du personnel	16
8. Autres produits	17
9. Chirurgie bariatrique	19
10. Ethique	20
11. Confinement	21
12. Vie affective et sexualité en communauté thérapeutique	22
6. Expériences équivalentes belges et étrangères	23
Belgique	23
France	24
Suisse	24
USA	25
7. Discussion et confrontation aux données de la littérature	27
8. Nouveaux apports par la formation CIU en Alcoologie	28
9. Conclusion	30
10. Références bibliographiques	31
11. Annexes	34
Annexe 1 : Tableau des activités	34
Annexe 2 : Liste des établissements de revalidation Toxicomanie conventionnés avec l'INAMI en Belgique (7.73)	35

1. Remerciements

Je tiens évidemment à commencer ce travail par remercier mes collègues de travail qui font un boulot extraordinaire depuis des années, tous en complémentarité et avec professionnalisme.

Je tiens aussi à remercier madame Linkens, Directrice générale du Pôle Enfance, Santé mentale et Assuétudes du Groupe Jolimont, qui m'a engagé dans cette aventure et qui soutient ma formation en alcoologie.

Et puis, je veux tout particulièrement remercier mon épouse, Sarah, pour son soutien depuis des années dans toutes les formations extraprofessionnelles que je lui fais subir. Je remercie également mes enfants pour leur écoute, leur questionnement « pur » qui me fait avancer.

Tous mes remerciements aussi aux nombreux patients passés par le centre avec lesquels j'ai pu parfois m'entretenir et qui m'ont appris la concrétisation de cette citation qui résume bien le secteur des addictions : « *C'est par nos failles qu'entre la lumière* »¹.

¹ Citation du poète et philosophe Indien Sri Aurobindo

2. Introduction et motivation du sujet

La postcure en centre résidentiel longue durée peut-elle être l'ultime et unique solution au traitement de l'alcoolodépendance adulte ? Est-ce que l'alcoolodépendance, après sevrage en milieu hospitalier, ne peut être uniquement prise en charge, soignée, traitée qu'en milieu résidentiel dans un séjour plus ou moins long ? Voilà une vraie question sur le sujet qui mérite d'être posée.

Et si c'était le cas, au-delà du projet de rééducation, quels sont alors les aspects qui ne sont pas rencontrés pendant le séjour ? Que faudrait-il alors pour améliorer le programme thérapeutique ? Jusqu'où un centre de postcure peut-il aller dans la « restructuration » de la vie d'un patient ? A quoi les équipes sont-elles confrontées ?... Toutes ces questions, non exhaustives, je me les suis posées et me les pose toujours. Elles me font avancer car elles poussent ma curiosité vers plus de connaissances.

Cela fait maintenant plus de deux ans et demi que je gère un centre de postcure appelé « L'Espérance », situé à Thuin, à 20 km à l'ouest de Charleroi. Ce centre de revalidation fonctionnelle existe depuis plus de 30 ans et fait partie depuis 2011 du Groupe Jolimont, composé d'hôpitaux, de maisons de repos et d'un pôle santé mentale, enfance et assuétudes. Au fur et à mesure des années, le programme thérapeutique n'a cessé de s'améliorer grâce à un personnel stable et motivé qui devient de plus en plus expert.

Le secteur de la revalidation ou de la rééducation² fonctionnelle au sens large est un domaine passionnant pour les professionnels qui y travaillent. Personnellement, ce milieu me plaît beaucoup car il permet aux patients/résidents/bénéficiaires/usagers³ de retrouver, en principe, une vie meilleure par la suite, en se détachant de cette dépendance. Ces hommes et ces femmes redeviennent enfin libres, libérés du produit qu'était l'alcool. De ce point de vue, c'est très motivant.

Ce travail est une réflexion sur les limites d'une postcure résidentielle pour des adultes alcoolodépendants. Nous y aborderons la méthode de travail choisie. Le centre y sera ensuite brièvement présenté. Dans la partie centrale du travail, les différentes limites à la postcure y seront développées. Je fais un détour et présente la situation belge ainsi que quelques autres situations dans le domaine du traitement en résidentiel au long court de l'alcoolodépendance (en France, en Suisse et aux USA). Ces présentations se basent sur des recherches sur internet et dans le réseau professionnel. Ces expériences belges et étrangères viennent élargir notre horizon. Ensuite, les limites d'une postcure seront confrontées à la littérature scientifico-médicale qui reste moins dense malheureusement. Je n'ai pas manqué d'y ajouter les nombreuses remarques et réflexions faites lors de la formation en alcoologie que j'ai récoltées tout au long de la formation en lien bien sûr avec la postcure.

² Revalidation ou rééducation, les termes se confondent mais parlent de la même chose.

³ C'est le terme que je me permets d'utiliser car il réunit l'ensemble des statuts de la personne en traitement.

Les références bibliographiques permettront d'approfondir certains aspects pour celles et ceux que cela intéressent.

Et enfin, je conclus en répondant à la question de départ : *«La postcure en centre résidentiel longue durée peut-elle être l'ultime et unique solution au traitement de l'alcool-dépendance adulte ? »*

Bonne lecture !



3. Méthodologie

La méthodologie choisie pour répondre à la question se base sur mon observation, sur mon vécu, sur les nombreuses réunions avec les collègues mais aussi sur l'écoute des professionnels et des patients ainsi que sur mon ressenti. Diverses lectures et recherches viennent alimenter la réflexion.

Suite à mon observation, j'ai retenu une douzaine de problématiques qui méritent d'être développées. Probablement, d'autres thématiques pourraient encore être approfondies mais à ce jour je m'en tiens à ces douze-là.

Ces problématiques pourront sans doute ultérieurement, servir à affiner le projet thérapeutique de rééducation du centre.

4. Brève présentation du centre

Histoire

L'Espérance est un centre de postcure résidentielle (Centre de revalidation fonctionnelle – convention INAMI 7.73) pour 30 personnes adultes mixtes souffrant d'alcoololo-dépendance sérieuse et grave. Situé sur les hauteurs de la charmante petite ville de Thuin dans un environnement calme et tranquille, le centre offre un programme thérapeutique combinant pas moins d'une trentaine d'activités⁴ thérapeutiques, sportives, kinésithérapeutiques, psycho-sociales, médicales, de vie journalière,... qui permettent toutes d'expérimenter l'abstinence.

Les équipes multidisciplinaires composées de 21,5 équivalents temps plein ou 29 personnes dont un psychiatre, un médecin généraliste, deux infirmières, deux ergothérapeutes, un kinésithérapeute, trois psychologues, deux assistantes sociales, neuf éducateurs, une animatrice, deux secrétaires, un technicien et un directeur, articulent leur travail en fonction de leur spécificité au bénéfice du projet thérapeutique du patient/résident.

Le centre de postcure jouit d'un agrément INAMI⁵ depuis 1989 et peut accueillir jusqu'à 35 patients dont huit places exclusivement réservées aux femmes depuis 2008. A partir du 1^{er} janvier 2019, le centre dépend de la Région wallonne, de l'AVIQ en particulier. En 2011, le Groupe hospitalier Jolimont a repris le centre parmi son pôle santé mentale, enfance et assuétudes. En 2019, la Ministre de la santé de l'époque, Madame A. Greoli a autorisé l'investissement pour la rénovation et l'extension du centre pour un montant de 4 millions €.

⁴ Voir annexe pour le tableau des activités

⁵ Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

Population

L'accueil est strictement destiné aux personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool. Outre le fait de montrer une motivation au changement, les personnes demandeuses doivent réaliser un sevrage physique en milieu hospitalier, préalable indispensable à une potentielle admission.

Avant leur entrée en sevrage, les patients avaient organisé leur vie en fonction du produit. Leur schéma de vie de la plupart d'entre eux était donc déstructuré. Leur insertion sociale, familiale et professionnelle a été touchée négativement par les alcoolisations problématiques. De plus, un pourcentage important de la population présente des comorbidités que ce soit au niveau psychique et au niveau somatique, ce qui peut complexifier leur prise en charge⁶.

Année 2019	Homme	Femme	Total
Nombre de patients admis	55	17	72
Nombre de patients sortis	58	14	72
Durée moyenne de séjour des patients sortis (mois)	4,6	5	4,6
Age moyen des patients à leur admission au centre	42.3	49.2	43,6
Délai moyen d'entrée en mois	1,6	1,1	1,5

En comparaison à l'exercice 2018, bien que les tendances restent similaires dans le temps, nous constatons un peu moins d'admission et de sorties vu l'allongement de la durée moyenne de séjour. Les séjours des femmes sont plus longs que ceux des hommes. L'âge moyen se rajeunit tant chez les hommes que chez les femmes.

Nombre de demandes	319
Nombre de participants aux séances d'information collective	208
Nombre de patients dispensés de la séance	14
Nombre d'entretiens d'analyse	124
Délai moyen d'entrée en mois	1,5

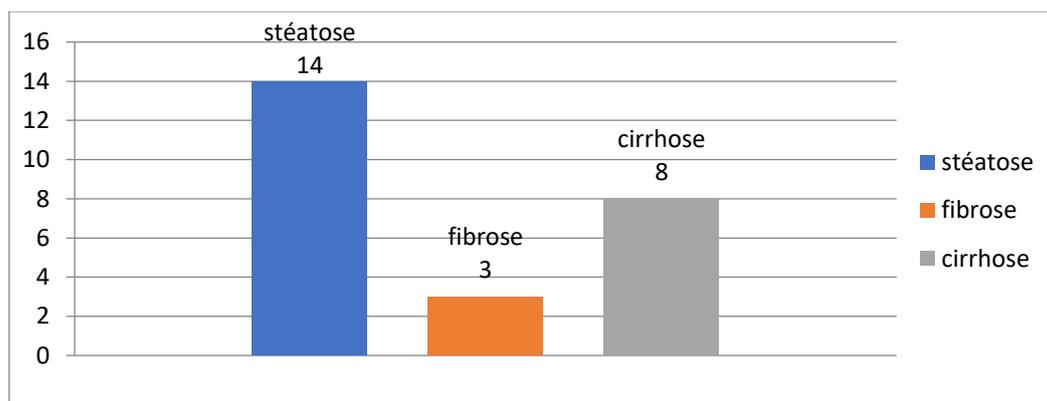
En comparaison à l'exercice 2018, nous constatons une légère diminution du nombre de demandes initiales, une augmentation des participants aux séances d'informations collectives et une diminution des patients reçus en entretien d'analyse.

⁶ Rapport d'activité 2019 de l'Espérance

Sur les aspects médicaux, d'un point de vue du système digestif⁷, la population en 2019 s'est caractérisée par

- 48 personnes ont été suivies en dentisterie soit 66% de nos résidents.
- 33 personnes, soit 46%, ont des antécédents de lésions digestives telles que des œsophagites, gastrites ou ulcères digestifs. 22 d'entre elles étaient traitées par des IPP⁸ à l'entrée et deux ont été dépistées lors de leur séjour.
- Huit avaient des antécédents d'hépatite soit alcoolique, soit virale.
- Six ont déjà eu une pancréatite au cours de leur vie.
- Au niveau hépatique, 35% de la population accueillie à une pathologie dépassant le stade de la surcharge
- 21 patients ont donc été suivis par un gastroentérologue.

Comme chaque année, le centre a accueilli des personnes diabétiques : quatre personnes insulino-dépendantes, deux sous antidiabétiques oraux et un diabète découvert lors de son suivi médical.



En termes psychiatrique en 2019, 65 patients sur 72, étaient sous traitement antidépresseur avant l'entrée. Deux traitements ont été mis en place en cours de séjour, ce qui équivaut à 90% de notre population. 41% souffrent également d'anxiété et 19% d'un trouble de la personnalité. Ces chiffres correspondent à ceux des années précédentes.

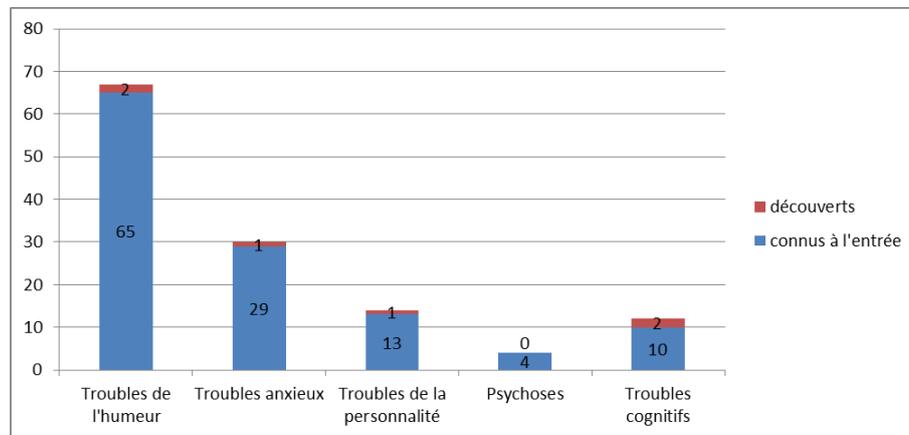
Le centre a également accueilli sept patients ayant un diagnostic de psychose nécessitant un encadrement et une prise en charge plus importante.

16% des patients présentaient des troubles cognitifs d'ordre divers, ce qui est un peu plus élevé qu'en 2018. Les bilans mis en place permettent de mieux évaluer les capacités et les déficits de ces personnes afin d'adapter le programme thérapeutique au mieux pour chacun d'entre eux. Ce bilan est réalisé pour chaque personne ayant

⁷ Op. cit.

⁸ Inhibiteurs de la pompe à proton ou anti acide

un trouble cognitif connu avant l'entrée, mais aussi pour d'autres chez qui l'équipe a des doutes sur les capacités cognitives.



Projet thérapeutique

Depuis 1989, les pratiques ont évolué et se sont affinées afin de s'adapter au mieux aux réalités du public accueilli. Le centre bénéficie d'un personnel stable qui a pu au fil du temps développer une expertise dans son domaine d'actions. Certains outils n'existaient pas du tout il y a 20 ou 30 ans.

La « problématique alcool » amène de plus en plus à « un effet boule de neige », engendrant des difficultés tant financières que médicales ou sociales (logement...) ou professionnelles. Notre objectif général est d'améliorer significativement l'état physique, psychiatrique et psychologique de la personne dans une vision de réinsertion globale.

Les outils utilisés⁹ dans le centre sont nombreux. Leur combinaison permet aux patients de réapprendre à fonctionner dans la vie quotidienne mais aussi de se sentir valorisés par leur revalidation et par leurs créations. Ainsi, ils peuvent reprendre confiance en leurs capacités. Pas moins de 38 activités sont proposées dans le projet de rééducation, ce qui parfois crée des complications de coordination, de ressources, de moyens et de locaux. Le centre préconise l'abstinence totale du produit comme moyen d'atteindre cet objectif. C'est la combinaison de toutes ces activités qui permet l'expérimentation d'une vie dans l'alcool.

Plusieurs spécificités personnalisent le centre. La première spécificité est que le centre ne traite que l'alcoolisme (et non les autres produits de dépendance). Deuxièmement, nous proposons à la fois un accompagnement en groupe thérapeutique et parallèlement un accompagnement individuel psychologique. Tout le monde n'a pas toujours la capacité de s'exprimer devant un groupe. Par ailleurs, nous travaillons aussi les émotions. A un certain moment de la postcure, nous réalisons des expositions in vivo pour plonger et confronter le patient/résidant dans sa réalité à l'alcool. Ceci permet encore de travailler d'avantage les émotions, les

⁹ Voir le tableau des activités plus lisible en annexe

5. Résultats personnels

Points relevés

1. Bilan et revalidation neurologique

L'alcool a endommagé ou détruit plusieurs fonctions cognitives dans la population que nous accueillons au centre. Le sevrage réalisé en milieu hospitalier ne permet pas toujours d'effectuer un bilan neurologique complet du patient. Le patient arrive donc au centre après son sevrage physique. Avant son admission, un rapport médical est réclamé sur le sevrage hospitalier. Nous procédons ensuite par une première phase d'observation et de contacts pendant trois semaines. Ce « sas d'accueil » est appelé ainsi car il permet au patient de passer progressivement du milieu hospitalier à un milieu non hospitalier de postcure long terme. C'est une sorte d'espace-temps où le patient dépose ses valises ; rencontre les premiers membres des équipes ; côtoie d'autres patients résidents qui débutent également leur postcure. Une première évaluation globale est effectuée par l'ergothérapeute. Dans la plupart des situations un testing cognitif est également réalisé afin de mieux connaître les capacités cognitives de la personne. Dans son cours sur l'alcoologie, le Professeur Emmanuel Pinto de l'Ulg et Psychiatre dans le groupe psychiatrique liégeois I.S.O.C.L., précise ceci : « *De nombreuses études indiquent une réduction du métabolisme au niveau du cortex frontal chez les sujets alcoolo-dépendants¹²* ». Il constate une diminution de l'activité basale des régions préfrontales (contrôle des fonctions exécutives, mémoire de travail, attention et inhibition comportementale via projections vers circuit de récompense)¹³. Le Professeur et Psychiatre Philippe de Timary de l'unité d'alcoologie aux Cliniques Saint Luc, ne dit pas autre chose et rajoute même ceci¹⁴ : « *Le cerveau du patient alcoolique est altéré... La matière blanche est altérée. Plusieurs régions du cerveau vont être touchées et principalement deux circuits si la consommation est prolongée. Les aspects perceptivo-moteur, les fonctions attentionnelles, la mémoire à court terme... de nombreuses fonctions sont touchées. Il y a de vrais troubles cognitifs dans les fonctions exécutives (flexibilité/shifting, updating, inhibition). C'est comme s'il n'y avait plus d'apprentissage lors de prise de décision chez les personnes alcoolo-dépendantes. Dans la vraie vie, ces gens ont du mal à prendre des décisions.* »

Il est donc évident qu'un testing plus approfondi au-delà d'une anamnèse psychomédico-sociale, peut nous révéler des déficits cognitifs plus importants. Ce bilan neurologique et neuropsychologique paraît être une évidence si celui-ci ne s'arrête pas seulement au diagnostic. Si ce bilan, en plus de donner une image de l'état des fonctions cognitives du patient à un temps « T », il peut aussi donner des pistes de revalidation ou des hypothèses thérapeutiques qui seront elles-mêmes évaluées par la suite, alors la postcure résidentielle s'en verra hautement améliorée. Une demande d'un mi-temps neuropsychologue est en cours.

¹² Addiction, a Disease of Compulsion and Drive : Involvement of the Orbitofrontal Cortex, Volkow & Fowler, Cerebral cortex, 10, 318-325, 2000

¹³ Cours en alcoologie sur la théorie neurobiologique de la dépendance, Dr E. Pinto, slide 44, octobre 2019.

¹⁴ Cours en alcoologie sur la neuropsychologie et imagerie de la problématique alcoolique, Dr P. de Timary, décembre 2019

2. Post-postcure et réseau

Le travail de l'après-postcure ou « post-postcure » démarre en général dès le cinquième mois au centre de revalidation fonctionnelle L'Espérance. L'équipe multidisciplinaire réfléchit avec le patient à la fin de sa postcure. La question du logement sera abordée au point suivant.

Des années d'alcool ont comblé la vie du patient. Chaque journée tournait autour de la recherche du produit. Les repas sont délaissés. Les engagements sont mis de côté quand ils ne sont pas tout simplement oubliés. Les maux physiques disparaissent avec la prise d'alcool, agissant comme un réel anesthésiant. Bref, chaque journée était structurée autour de l'acquisition et de la consommation de l'alcool.

Une fois le produit retiré, il ne reste plus grand-chose. Il faut donc remplir la journée. Il faut la réorganiser, la restructurer... sans le produit. Tout au long de la durée de la postcure, le centre travaille cet aspect. Les journées sont comblées. Un agenda dit « semainier » est utilisé pour aider le patient à se souvenir des rendez-vous médicaux ou psychothérapeutiques mais aussi des activités et démarches socio-administratives.

Pour l'après-postcure, il est aussi essentiel de garder ce schéma de vie organisée tout en laissant du « temps au temps » c'est-à-dire garder un rythme qui convienne au patient. Lorsqu'il n'y a plus de travail salarié, les solutions d'occupation multiples sont recherchées avec/par le patient : bénévolat, occupation diverses, formation, rencontres... La continuité dans les soins est également primordiale. Certains vont alors rechercher des soins ambulatoires de psychologue pour les soutenir dans leur abstinence ; d'autres continueront à consulter un psychiatre ; d'autres encore préféreront si c'est possible continuer en privé dans le cadre de consultation avec une psychologue du centre.¹⁵ Certains se reconstruisent un nouveau projet professionnel ou reprennent une formation professionnelle. Certains ayant repris péniblement les contacts avec leur famille continuent à reconstruire les liens perdus.

Au centre, un groupe d'anciens a été créé depuis plusieurs années. Se réunissant tous les quinze jours avec une psychologue¹⁶, ce groupe permet aux anciens de revenir exprimer leur vécu, leur succès, leur rechute avec d'autres anciens. Une partie de la rencontre se déroule en présence de patients en cours de postcure. Des liens se créent à nouveau. Des contacts se confirment. Le bénéfice est bilatéral. Depuis peu, le centre permet aux anciens qui le désirent d'avoir un entretien individuel avec la psychologue. Une journée annuelle est également consacrée aux anciens et réunit tous les anciens.

A ce jour, aucune ressource structurelle n'est mise en place pour suivre les patients sortis de leur postcure. Peu de données sont récoltées. Les seuls contacts que le centre garde restent suivant le bon vouloir du patient. Aussi, (re)construire avec et par le patient, son réseau nous paraît essentiel : savoir où sonner en cas de

¹⁵ Ce qui est autorisé vu la spécificité de la problématique, de l'expertise professionnelle et de l'accroche thérapeutique existante – il ne faut pas « recommencer à zéro ».

¹⁶ Financement de 2h/semaine via une subvention facultative.

problème, quel médecin prévenir, vers quel hôpital aller, quelle personne appeler à l'hôpital, qui prévenir après 18 heures le vendredi soir... toutes ces questions devraient être résolues à la fin de la postcure. A l'instar du médecin alcoologue, le patient devrait avoir son propre répertoire d'adresses afin de le soutenir dans la prévention à la rechute et/ou en cas de rechute. Au centre, un(e) assistant(e) social(e) et un(e) psychologue pourraient permettre de réaliser une post-postcure plus « systématique ». « *Comment devenir comme après ?* », dit Monsieur Ausloos. Ce travail « d'après » reste vital à parfaire.

3. Logement après postcure

Le secteur de la santé mentale est en souffrance actuellement du point de vue logement et depuis déjà un certain temps. Soit il n'y a pas assez de logement disponible à un endroit soit le logement est financièrement inaccessible pour les patients du centre. Cette problématique est essentielle pour plusieurs raisons. Elle conditionne d'abord la sortie mais également l'entrée en postcure. Une personne ne pouvant sortir par faute de logement ne laisse pas la place à une autre qui attend pour entrer en postcure. Ceci étant dit, le centre ne peut, conventionnellement, dépasser les douze mois de postcure.

« Le problème de l'accès au logement en Belgique en général – et plus particulièrement dans les grandes villes – est dû essentiellement à l'inadéquation entre le montant des loyers exigés et les revenus des habitants. En effet, le loyer moyen en Belgique est de 740€ par mois, alors que le revenu moyen des Belges est situé à 1.473€ par mois. Il est donc évident qu'une grande partie de nos concitoyens dépense plus de 50 % de ses revenus pour se loger. »¹⁷

Les solutions souvent développées au centre sont les initiatives d'habitations protégées ou communément appelées « HP ». Ces habitations groupées pour une population plutôt mentalement fragiles peuvent être une solution temporaire à la fin de la postcure. Mais bien souvent la population du centre ne s'identifie guère à la population de malades mentaux. Une personne alcoolo-dépendante ne se voit pas appartenir au groupe de malades mentaux même si l'addiction à l'alcool est reprise en tant que maladie mentale dans le DSM V. Les assistantes sociales du centre présentent la solution des HP comme une solution temporaire où un cadre et un accompagnement léger peuvent encore se réaliser.

Le centre préconise le développement d'HP pour personnes terminant une postcure. La solution revient souvent dans les conversations. Elle permettrait d'expérimenter davantage l'autonomie tout en bénéficiant encore d'un accompagnement. Une fois le centre rénové, il est vraisemblable qu'un projet de ce type sera présenté aux autorités wallonnes.

¹⁷ Revue politique du 4 avril 2019 : « *Résoudre facilement la crise du logement* », José GARCIA, secrétaire général du Syndicat des locataires

La barrière financière reste évidemment un obstacle majeur mais il ne s'agit pas uniquement de finances. C'est évident que lorsque la personne vit du R.I.S.¹⁸ du CPAS¹⁹ ou des indemnités mutuelles, il est difficile d'accéder au logement « normal ».

L'accompagnement progressif vers une totale autonomie est presque un autre métier que celui de s'occuper de personnes alcoolo-dépendantes en centre de postcure. La spécificité est l'autonomisation en conditions réelles et celle-ci constitue une étape de plus vers la guérison définitive. Le centre en est convaincu. D'ailleurs, une expérience avait été menée sur fonds propres il y a quelques années mais a échoué par manque de ressources humaines et financières.

4. Travail systémique

Il est évident de penser à la famille ou aux proches. La plupart des familles a vécu d'énormes souffrances, des promesses non-tenues, des déchéances ou de la violence. Elles sont parfois aussi la source du problème d'alcoolisme.

On peut imaginer sans avoir fait de hautes études que replonger le patient « guéri »²⁰ dans sa famille d'origine sans avoir travaillé avec celle-ci est utopique. Un décalage devra être expliqué et compris. Un décalage entre le patient qui se sent « guéri » et qui souhaiterait retrouver ses proches « comme avant ». Lui ou elle est prêt(e) mais eux, pas encore ! Il y a tout un travail d'explication à faire avec la famille. Des nouvelles habitudes doivent être prises et en même temps la vie continue pour les proches. Ce n'est pas parce que le père est alcoolo-dépendant devenu abstinent que toute la famille doit aussi devenir abstinent et se priver. Ces situations-là doivent avoir été discutées au préalable. C'est une des caractéristiques des familles alcooliques comme le précise le Dr Van Durme, psychiatre chef de service à Epsilon, dans son cours de systémique.²¹

Ce travail est réalisé en partie au cours de la postcure par nos psychologues ou assistantes sociales pour autant que le patient ait été concerté et qu'il marque son accord. Aucun contact n'est pris avec la famille sans que le patient ne soit au courant ni d'accord. C'est un des principes fondamentaux du centre. Dans ce cas, le travail peut être long, lent et difficile pour l'intervenant, le patient et les proches. De nombreux entretiens avec la famille doivent se réaliser. Dans certaines situations une thérapie familiale est même conseillée. Des services ambulatoires existent et ils peuvent prendre le relais mais rien ne vaut un prolongement des intervenants du centre pour entamer ce travail.

Aujourd'hui, le financement du centre fonctionne pendant que le patient est en postcure. Une fois sorti, le financement s'arrête. Toute démarche au-delà du temps

¹⁸ Revenu d'intégration sociale

¹⁹ Centre public d'aide sociale

²⁰ Je mets le mot « guéri » entre parenthèse car il est difficile de parler de guérison avec des personnes alcoolo-dépendantes. Je préférerais parler de « mieux-être » que de guérison.

²¹ Particularités des familles alcooliques : structure bouleversée, décalage du temps vécu et des perceptions, rupture, violences et traumatismes, angoisses, deuils familiaux non résolus, deuil ambigu, parentification.

de postcure est prise sur le temps du centre et sur les fonds propres. A ce niveau-là, le centre aurait un besoin estimé de deux mi-temps minimum pour un(e) assistant(e) social(e) et un(e) psychologue.

5. Education à la santé pour les familles et les proches

Ce point reprend en partie le point précédent tout en le basant sur l'éducation à la santé et moins sur une thérapie systémique.

Les conseils de Martin de Duve, Directeur de l'asbl Promotion de la Santé en milieu jeunes et étudiant à Louvain-la-Neuve, au sujet de l'alcoolisme chez les jeunes²², plus communément désigné sous le phénomène « Binge drinking » pourraient aussi bien s'appliquer dans le cadre d'un programme de psychoéducation des familles et des proches. Ses recommandations concrètes pourraient aider les familles à mieux comprendre le phénomène. L'alcoolisme est un problème complexe qu'il faut aborder depuis plusieurs côtés ou sous différents angles. Il n'existe aucune solution clé sur porte. Tout doit être individualisé à la personne.

Le co-alcoolisme²³ ou la maladie familiale de l'alcoolisme ou la spirale de la dépendance ou encore la violence doivent être démontés, expliqués, prouvés, vulgarisés en mots simples et compréhensifs. Il faut toucher les familles pour les sensibiliser à ce phénomène complexe avant de réinsérer un patient en fin de postcure. Dans un monde idéal, ce travail est à faire en parallèle à la postcure. Les Al-Anons sont une organisation qui peut aussi aider dans ce type de domaine de la psychoéducation. Ils sont une vraie ressource. Les professionnels du centre et tous les autres professionnels œuvrant dans le domaine peuvent à un moment donné intervenir, sensibiliser, former, éduquer, témoigner... Il faut juste coordonner le tout.

L'idée que la famille d'un patient alcoolo-dépendant participe à des réunions peut sans aucun doute aider aussi le patient qui revient parmi ses proches. « *Quel que soit son choix, le patient sortira un jour de l'institution de soin et il sera alors seul, seul face à la société. Il aura encore besoin d'être soutenu dans sa démarche...* »²⁴. Tout le monde est gagnant.

*« Il importe de souligner le caractère essentiel de l'accompagnement des familles ayant en leur sein un malade de l'alcool... L'abstinence de son membre ne dépend pas d'elles bien sûr, mais comme nous l'avons vu, ces familles ont à apprendre à quitter leur culpabilité ; il s'agit de prendre conscience qu'elles ont peut-être participé involontairement et inconsciemment au maintien de l'alcoolisme de leur proche. Il est essentiel qu'elles réapprennent à vivre ou à revivre, que la personne malade garde l'abstinence ou pas... »*²⁵

²² Martin de Duve et Jean-Pierre Jacques, « Jeunes et alcool, génération jouissance » (éditions De Boeck).

²³ C. Barbier, « Mieux comprendre l'alcoolisme », N°221 MARS 2007 – Education Santé

²⁴ L'alcoolisme au quotidien. De la consommation agréable à la dépendance. Raymond Gueibe. Editions Seli Arslan, 2016. Page 117.

²⁵ Op.cit. page 120

6. Données probantes

« *Ce qui ne se mesure pas ne s'améliore pas.* »²⁶ Dans le domaine de la santé mentale, et plus particulièrement celui des assuétudes, la mesure d'actions entreprises reste moins évidente et donc peu suivie dans le temps de manière continue. Il existe bien de temps en temps, ci et là des évaluations globales de plan d'actions par le KCE²⁷ ou par un observatoire de la santé. Les acteurs de terrains, les plus proches de la réalité, ne se prêtent pas facilement à cet exercice et pourtant si important. Parfois c'est une question de temps, parfois de méthode, parfois de rigueur scientifique, parfois d'argent. Bref, même dans notre culture wallonne, l'évaluation dans le secteur non-marchand est difficile à pratiquer.

Dans notre domaine, il manque à la fois des statistiques fiables sur la population d'alcool-dépendants d'un point de vue macro-socio-économique. Il manque par exemple, une statistique sur l'état psycho-médico-social des personnes avant, pendant et après le passage en postcure. Il manque des mesures après une semaine, quinze jours, un mois, un an de postcure... Et pourtant la plupart des données existent à l'Inami ou aux mutuelles. Bien souvent, les professionnels se posent les questions sur la réussite ou l'échec d'une postcure. En amont à ces questions essentielles, il est aussi évident de poser le cadre de ce qu'est une réussite ou un échec. Dans la littérature scientifico-médicale, on parle d'un taux de réussite de 10% mais de quoi parle-t-on précisément ? Il s'agit là d'évaluer nos programmes de santé.

Au centre, chaque année, un rapport d'activité est rédigé. Il est précieux en termes d'information. Il est transmis aux personnels, aux autorités administratives, aux administrateurs. Il existe grâce au bon vouloir de certains membres du personnel. Ici encore, localement, c'est une question de temps et de méthodologie scientifique. Le centre ne possède pas les moyens en temps pour analyser avec rigueur les données que nous récoltons tout au long de l'année²⁸. Qui dit données probantes dit alors rédaction d'article sur le sujet. Ce travail statistico-scientifique va de pair avec des publications officielles. Nous faisons donc appel à l'aide pour ce type de recherche pour le centre de postcure. Il y a tant à évaluer et surtout tant à dire sur le sujet, qu'une ressource universitaire externe serait la bienvenue. L'appel d'offre est lancé.

7. Formation continue, supervision et intervision du personnel

Inutile de dire que la formation du personnel encadrant en centre résidentiel de postcure reste incontournable. Celle-ci doit être mise à jour régulièrement tant les connaissances dans le champ de la santé, entre autre, évoluent ; sans parler des nouveaux engagés dans le personnel ou des temporaires qui remplacent le titulaires.

²⁶ Citation de William Edwards Deming

²⁷ « Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg » ou Centre fédéral d'expertise des soins de santé

²⁸ Dans le domaine de la finance, il existe bien des fonctions de « contrôleur de gestion ». Dans le même ordre d'idées, dans les soins de santé, il devrait exister cette fonction qui mesurerait l'efficacité économique mais aussi l'efficience en termes de santé publique.

Cette formation est importante pourquoi ? Parce que les techniques d'approches, les méthodes institutionnelles, les expériences apprenantes, les cas cliniques, les réussites mais aussi et surtout les échecs, les équipes qui changent, les produits licites et illicites qui évoluent, les méthodes de consommation, l'environnement de consommation, toutes ces facettes d'un même problème évoluent aussi.... Une vérité d'y il y quarante ans n'est plus tout à fait la même aujourd'hui. Le modèle conceptuel des causes d'une consommation d'alcool et ses conséquences sur la santé²⁹ change. En septembre 2019, il n'était pas encore question de crise sanitaire liée au coronavirus. En mars 2020, le confinement devenait la règle et toutes ses conséquences nocives dû à l'isolement social imposé. Nous faisons face aussi à de nouveaux facteurs ou des facteurs de vulnérabilité sociale changeant comme le niveau de développement ou la culture ou les contextes de consommation (binge drinking), sans parler de la production, la distribution et la régulation de l'alcool. Les volumes et les modes de consommation peuvent également évoluer. Les aspects chroniques ou aigus sont bien à repérer dans le temps. A côté de cela, les facteurs individuels de vulnérabilité tels que l'âge, le genre, les facteurs familiaux et le statut socio-économique sont autant de facteurs évoluant dans le temps et qui sont nécessaires à approfondir pour avoir une analyse complète de la situation. La problématique de l'alcoolisation est très complexe, insidieuse et progressive. Les professionnels de la santé ont un devoir de rester en veille et de continuer à se former tout au long de leur carrière. L'importance de la supervision d'équipe et des séances d'intervision est aussi fondamentale dans ce domaine de la santé. Dans le secteur des soins de santé et plus particulièrement dans la santé mentale, ces aspects liés à la formation de base d'abord mais continue ensuite incluant aussi la supervision sont lacunaires. Les budgets sont trop étriqués que pour payer des formations ou de la supervision aux équipes. C'est souvent grâce à un dégagement maigre de bénéfice annuel que les professionnels iront puiser un budget pour payer de la formation. Et quand un budget dégagé existe, alors c'est le problème du remplacement des ressources humaines qui fait surface pour pouvoir envoyer la personne en formation.

8. Autres produits

A la création du centre il y a plus de trente ans, il était question de s'adresser à une population exclusivement alcoolique. Nulle part dans les missions du centre n'était fait allusion à la consommation d'autres produits en plus de l'alcool. Par autres produits, il faut entendre, les produits illicites comme les drogues (cannabis, marijuana, cocaïne, héroïne, ecstasy...) ou d'autres produits comme les médicaments (benzodiazépines, morphiniques, somnifères....) ou d'autres addictions (jeux...).

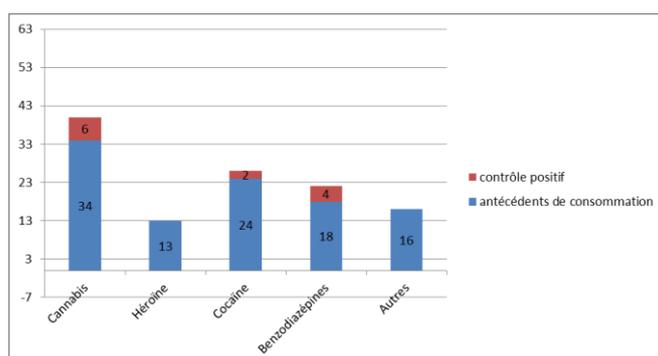
Aujourd'hui, nombreux nouveaux produits licites ou illicites sont disponibles facilement sur le web ou dans la rue. Les prix ont diminué. Par ailleurs, la population accueillie dans le centre varie de 20 à 70 ans. Les jeunes qui arrivent au centre pour

²⁹ Dr T. Orban évoque ce modèle dans son cours du 14 février 2020 intitulé « Alcool, médecine générale, 1^{ère} ligne de soins »

une dépendance à l'alcool ont bien souvent aussi goûté aux autres produits. C'est lors de l'entretien de motivation avant l'entrée, que ce point est approfondi pour réellement connaître le produit dont le patient est en premier lieu dépendant. Une personne qui ne serait pas stabilisée ou abstinente dans un autre produit depuis un certain temps (deux ans en général) n'est pas admise au centre. De la nuance est apportée à cette règle notamment aux patients en traitement de substitution à la méthadone et qui sont stabilisés depuis au moins six mois.

Malgré cette limitation, il reste difficile de vraiment apprécier l'usage d'autres produits. C'est ainsi qu'en cours de postcure, le patient se dévoile quelque peu et retombe dans des comportements addictifs d'autres produits. Ceci complique cela. Même si les règles sont claires, explicitées, répétées maintes fois ; même si des contrôles subsistent avant et pendant le séjour, la tentation vers les autres produits est grande. Il est difficile de tenir le principe « *pas de changement de comptoir !* ». Bien souvent, le patient vient pour son problème d'alcool et ne comprend pas pourquoi il ne pourrait pas continuer à fumer un joint de cannabis de manière ponctuelle.

Non seulement les équipes ne sont pas formées aux autres produits, bien que de temps en temps il se donne de l'information par d'autres professionnels sur le sujet, mais le centre n'est pas équipé tant matériellement ni humainement pour gérer l'usage et les conséquences de ces autres produits. Ces autres produits compliquent le parcours de soins et de traitement de l'abstinence à l'alcool car ils viennent « polluer » le parcours jusqu'à parfois l'interrompre. Dans le rapport de 2015 d'Eurotox³⁰, l'étude TDI³¹ portant sur les années 2011-2014 en Wallonie, les produits « principaux » consommés³² sont, par ordre d'importance, les opiacés (43 %), l'alcool (30 %), le cannabis (14 %) et la cocaïne/crack (10 %). Souvent, les usagers consomment plusieurs produits différents. Ces données sont donc à prendre en considération. Des réflexions au sein du centre vont dans ce sens tout en précisant que le produit principal traité reste l'alcool. Une offre de formation est de plus en plus développée pour répondre aux demandes du personnel sur ce point.



Chiffres tirés du rapport d'activité 2019 du centre L'Espérance

³⁰ Eurotox ASBL - Observatoire socio-Épidémiologique alcool-drogues - LIVRET THEMATIQUE N°3 | Décembre 2015, page 15 et suivantes.

³¹ TDI : Treatment Demand Indicator, indicateur de demande de traitement

³² Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'utilisateur lors de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usagers et/ou sur le diagnostic posé par le thérapeute.

9. Chirurgie bariatrique

Le centre accueille de plus en plus de patients devenus alcoolo-dépendants suite, notamment, à une chirurgie bariatrique. Une nuance importante doit être faite. Toutes les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique ne deviennent pas alcoolo-dépendantes. Heureusement d'ailleurs ! Les patients que nous accueillons ont une histoire, ou des comorbidités qui ont probablement favorisé cette dépendance.

Deux membres de notre personnel se sont penchés sur la question étant entendu qu'il existe peu de littérature scientifique sur le sujet. Il s'agit de la responsable thérapeutique et psychologue, Madame Cécile Vrebos et la psychologue, Madame Esin Er. Elles ont co-rédigé un article scientifique³³ au départ d'un cas clinique et sont en cours de le diffuser dans la Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, publication trimestrielle destinée aux cliniciens et praticiens chercheurs d'expression française. *« L'objectif de cette étude de cas était d'identifier les mécanismes psychologiques ayant pu mener Adèle, une patiente sans antécédent de problèmes avec l'alcool, à développer un TUA³⁴ après un by-pass. Plusieurs mécanismes ont été identifiés par notre étude comme ayant contribué au TUA de la patiente après le by-pass. Il s'agit en particulier, de l'évitement expérientiel (manifesté par l'aversion à la détresse et la répression/le déni), de l'alexithymie, de l'impulsivité et des difficultés de régulation émotionnelle. »*³⁵ concluent les autrices de l'article.

Elles concluent également sur quelques pistes d'amélioration à développer au centre.

- Nécessité de former le personnel à la compréhension des mécanismes sous-jacents au développement d'un TUA postopératoire afin de le sensibiliser à l'existence de ce phénomène ;
- Approfondir avant ou du moins au tout début de l'admission l'histoire du TUA en lien avec l'intervention bariatrique via des questionnaires adaptés ;
- Renforcer le programme thérapeutique sur la régulation des émotions ;
- Redéfinir le cadre et les règles concernant l'apport extérieur de nourriture ;
- Renforcer le programme diététique ;
- Systématiser l'évaluation en début et en fin de postcure de ces patients particuliers ;
- Renforcer l'évaluation cognitive chez ces patients

³³ ER E., VREBOS C., « Chirurgie bariatrique et dépendance à l'alcool : cas clinique », avril 2020 (en cours de publication au moment de la finalisation de la rédaction de ce travail).

³⁴ TUA : trouble à l'usage d'alcool

³⁵ Op. cit. p. 29

10. Ethique

Les questions éthiques³⁶ peuvent se poser dans tous les domaines mais celui des assuétudes liées à un séjour résidentiel de traitement pose parfois de réels questionnements éthiques presque insolubles.

La première difficulté est déjà d'identifier et de formuler la question³⁷. La seconde est comment traiter la question suivante : « *Jusqu'où aller et intervenir dans la vie privée d'une personne dépendante qui doit changer son mode de vie ?* »

Entre cadre, guidance, restructuration, accompagnement, thérapie comportementale, entre les nombreuses tensions³⁸ « *comme l'intérêt privé et l'intérêt collectif, la mission d'aide et la normalisation/contrôle, la demande de l'utilisateur et la commande institutionnelle, l'autonomie et la réglementation, le secret et l'information partagée, la logique de mission et la logique de gestion, la protection et l'autonomie,...* » « *l'interventionnisme* » peut parfois être questionnant ». Les équipes expérimentées savent souvent ce qui serait « bon » pour un patient mais ce dernier est toujours libre d'accepter ou de refuser le conseil. D'un autre côté, refuser les conseils peut parfois mettre le patient hors du projet thérapeutique.

Il en va de même du suivi après postcure ainsi que des contacts avec la famille. La liberté de choisir de répondre à un appel d'un professionnel existe tout comme le libre choix pour le patient de reprendre contact avec sa famille.

La réflexion de Michel Manciaux dans son article³⁹ sur l'éthique sociale au quotidien retient les principes suivants pour une décision éthique.

- principe de **non nocivité** : ne pas nuire;
- principe de **bienfaisance** ou de « *bénévolence* »: vouloir le bien d'autrui ;
- principe de **empathie**: cela consiste non pas à se mettre à la place des gens, ce qui nie leur propre place, mais à réfléchir pourquoi ils pensent, disent et se comportent comme ils le font.
- principe de **réalité** qui nous amène à voir les personnes et les situations comme elles sont et non pas comme on voudrait qu'elles soient et les résultats de nos actions, de nos interventions, comme ils sont et non pas forcément comme on aurait voulu qu'ils soient ;
- principe de **conviction** qui doit inspirer nos attitudes, nos actions en fonction de nos valeurs personnelles et professionnelles ;
- principe de **responsabilité** : « *Dès lors qu'autrui me regarde* », disait Emmanuel Levinas, « *j'en suis responsable* ». Surtout quand autrui est un

³⁶ Définition de l'éthique de J.-J. Nilles se basant sur des réflexions de P. Ricoeur: « *l'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées.* »

³⁷ Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. ANESM. Juin 2010. Page 56.

³⁸ Op.cit page 9

³⁹ MANCIAUX M., « Pour une éthique sociale au quotidien. » S.F.S.P. « Santé Publique » - 2003/2 Vol. 15 - pages 161 à 166 - Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

enfant en souffrance, une famille en crise. En écho, Paul Ricoeur dit : « *Etre responsable, c'est prendre en charge le plus fragile* » ;

- principes de **confidentialité, du respect de l'intimité et de la vie privée** de ceux dont nous nous occupons.

En résumé, M. Manciaux dit que « *L'éthique biomédicale est bien développée dans notre pays. Mais nous avons aussi besoin de cette éthique au quotidien que Paul Ricoeur a magnifiquement définie comme « la visée d'une vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes* ».

Dans des petites équipes, il n'est pas aisé de traiter d'une question éthique comme il se doit. Parfois, c'est par manque de temps, par absence de compétences (éthiques, juridiques,...) ou encore par manque de méthodologie. Cet aspect pourrait être autrement développé même si dans ce domaine, le centre avance et semble prendre des « décisions justes » pour ses patients/résidents.

Le philosophe Jean-Michel Longneaux pose les bonnes questions lors d'un colloque organisé en 2002 sur le sujet des droits du patients⁴⁰. Même s'il existe une loi sur les droits du patient applicable essentiellement en milieu hospitalier, les mesures sont-elles réalistes et applicables toujours et en tous lieux et dans toutes les résidences de services où il y a du soin? « *La question du consentement du patient, la transmission des informations nécessaires, l'accès au dossier, l'intervention d'un médiateur de plainte, toutes ces mesures ont une dimension éthique mais ne sont-elles pas, à certains moments donnés, des mesures qui peuvent aller à l'encontre des soins donnés ?* » Bref, les questions éthiques doivent recevoir des réponses, même si ces réponses ne sont pas complètement parfaites.

11. Confinement

En quoi le confinement est une limite à la postcure ? La période que nous venons de vivre depuis mars 2020 reste et restera dans les mémoires. En milieu résidentiel, avoir confiné les patients, avec leur accord, était en théorie délicat. Les équipes et les résidents redoutaient l'annonce du confinement. Après coup, et suite aux nombreuses réunions explicatives et progressives, les patients/résidents ont vite compris qu'ils étaient plus protégés à l'intérieur qu'à l'extérieur, protégés du virus mais aussi, et surtout, des tentations vers l'alcool. De plus, la période nous a permis de créer une véritable ambiance familiale faite d'entraide et de solidarité assez exceptionnelle. Des liens se sont tissés autrement. La parole sur les frustrations s'est libérée. En résumé, cela a été plus facile de confiner que prévu.

En revanche, en termes de démarches psycho-sociales, de démarche de réinsertion, de recherche de logement, de gestion des sorties, de prévention à la rechute, d'absence de visites des proches, d'absence de shopping, d'absence de tentation, de magasins fermés, de suppression de sorties en groupe... cela a été très dur. Tout était « gelé » en quelque sorte comme si les résidents étaient enfermés sur une

⁴⁰ LONGNEAUX J-M., « Les droits du patients : un plus pour les prestataires de soins ? », dans la revue Ethica Clinica, n°27 de septembre 2002.

île déserte sans pouvoir y échapper. Pour ces raisons, la période de confinement est une période « hors du temps » où tout s'est arrêté. Il n'y a eu pour eux la moindre chance de pouvoir se « tester » pour ceux qui le pouvaient. La période était artificielle. Dans le temps de la postcure, cela a été un temps « 0 ». D'ailleurs, les autorités de l'AVIQ⁴¹ ont accepté de prolonger la durée de postcure le temps estimé nécessaire au-delà de ce qui est prévu dans la convention.

Donc le confinement, il est bénéfique pour la privation du produit mais défavorable pour l'autonomisation des personnes en cours de traitement.

12. Vie affective et sexualité en communauté thérapeutique

La vie affective et sexuelle pour un patient/résidant en communauté thérapeutique longue durée n'est pas facilitée. Et pourtant, c'est un aspect important de la vie d'un être vivant. Nous constatons que souvent (cela mériterait d'être chiffré d'ailleurs) les hommes, principalement, de la communauté interrompent leur postcure sur un coup de tête parce qu'ils ont trouvé « l'âme sœur ». Aujourd'hui les réseaux sociaux permettent en deux clics de rencontrer quelqu'un. Deuxièmement, l'intimité dans des chambres collectives est difficile en communauté. *« Il est impossible de décrire comment une personne ressent exactement l'intrusion dans son intimité. En effet, elle peut l'exprimer en partie par des comportements : repli sur elle-même, prostration, attitude défensive par rapport à l'extérieur, confinement dans son habitat ; ou au contraire, agressivité, rejet, désapprobation, fuite, etc. »*⁴² Troisièmement, une demande est faite par les hommes de la communauté pour pouvoir discuter de leur affectivité et de leur sexualité en tant que personne devenue alcoolo-dépendante. Un groupe de parole de femmes existe et est d'ailleurs obligatoire. Les hommes de la communauté ont revendiqué pouvoir avoir la même activité. Le groupe prétendait pouvoir bénéficier de cette thérapie par une personne de sexe masculin provenant de l'extérieur. Suite à ces conditions, il a été impossible d'organiser cette activité bien qu'elle reste présente dans les intentions. C'est donc un sujet évité et mis de côté presque comme s'il n'existait pas. Les tensions et l'impulsivité, bien identifiées chez la plupart des alcoolo-dépendants, puisent en partie ses origines dans cette absence d'espace-temps dédié à cette affectivité et sexualité sans cesse refoulée en résidence. N'étant ni psychologue, ni sexologue, ni psychiatre, je me garderais bien d'approfondir le sujet mais c'est un point qui m'interpelle et me questionne depuis le début de mon expérience au centre. Ceci étant dit, c'est un point souvent encore « tabou » dans nos sociétés. La communauté thérapeutique n'est que le reflet aussi de ce qui se passe et se vit dans la société.

⁴¹ AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité

⁴² Collectif : « Vivre son intimité en institution. Un droit pour le résidant. Vie affective et sexuelle en ESSMS ». Cahier de l'Actif n° 464-467. Janvier-Avril 2015. Page 5.

6. Expériences équivalentes belges et étrangères

Belgique

La situation en **Belgique** est assez originale dans le secteur de la santé dans ce « beau petit pays complexe ». Comme souvent les politiques sociales et de santé puisent leur source sur le terrain, s'appuyant sur les initiatives et les expertises de citoyens. Les autorités politiques définissent les balises ainsi que les questions de financement des programmes de soins. Ensuite, c'est l'administration qui prend le relais du contrôle ainsi que du cadre socio-médical.

Dans le domaine des assuétudes, c'est pareil. Des initiatives privées se créent puis demandent une reconnaissance de l'administration avec le financement qui l'accompagne. L'administration délivre le droit d'exploiter ; contrôle ; suit ; évalue parfois ; sanctionne en cas de dérapage. L'association alors se regroupe la plupart du temps en fédération pour peser sur le législateur. Les fédérations exercent un lobbying non négligeable sur le politique mais également sur les fédérations de mutuelle ainsi qu'auprès des syndicats. En Belgique, la parité de gestion dans le domaine est la règle. On retrouve dans les organes de décisions des politiques de soins, les organismes assureur (mutualités), les employeurs représentés par les fédérations, les organisations syndicales puis certains experts dans le domaine qu'ils soient médecin ou financiers par exemple. En Belgique, il existe plusieurs initiatives d'ordre privée ou publique, s'inspirant parfois d'autres expériences belges ou étrangères mais à chaque fois, ces initiatives ont beaucoup de sens et correspondent souvent à un réel besoin dans la population. Certains projets sont parfois très innovateurs tandis que d'autres sont des « copies » de ce qui fonctionne bien. En Wallonie par exemple dans le domaine des centres résidentiels de postcure pour alcool-dépendants uniquement, seul le centre de l'Espérance existe. Par contre, pour ouvrir plus largement sur la toxicomanie, il existe plusieurs⁴³ établissements: Trempline à Châtelet, Les Hautes Fagnes à Malmédy, Ellipse à Carnières, Poliade à Mons,... pour ne citer que ceux-là qui traitent les toxicomanies dont l'alcool en résidentiel, de courte ou longue durée. Les programmes de soins et les équipes se ressemblent avec certains centres qui ont développé en plus de leur offre une clinique ambulatoire ou qui interviennent dans les établissements pénitentiaires par exemple ou encore auprès de femmes enceintes... En Belgique, il existe en tout 30 établissements de rééducation pour la toxicomanie, conventionnés avec l'INAMI (773) : 13 en Flandre, 11 en Wallonie et 6 à Bruxelles. A l'heure actuelle, il n'existe encore aucune norme pour les centres de rééducation fonctionnelle, contrairement aux maisons de repos ou aux hôpitaux.

⁴³ Liste des centres conventionnés par l'Inami sur le site suivant : <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/centres-reeducation/Pages/toxicomanie-intervention-cout-traitement-centres-specialises.aspx>

France

En **France**, depuis 2007, les centres de postcure en alcoologie sont passés à une approche multi-produite. « *Passer de l'approche par produit à une approche addictologique suppose de modifier la façon de faire d'un centre de traitement... S'ouvrir aux addictions de manière formelle est généralement appréhendé comme légitime, répondant ainsi à l'évolution de la société et des pratiques de consommations actuelles.* »⁴⁴ La France a opté pour le langage d'addictologie et non plus alcoologie ou toxicomanie. La nuance peut paraître futile mais en réalité, elle revêt un changement profond de paradigme de prise en charge avec, au départ, toutes les craintes des soignants par rapport à cette population soi-disant nouvelle alors qu'elle était déjà bien connue auparavant. Il s'en est suivi tout un programme de formation du personnel pour pouvoir prendre en charge cette population. « *Les soignants sont amenés à centrer leurs actions sur le patient, au lieu de se contenter de s'organiser autour d'un programme thérapeutique standardisé, auquel les patients seraient invités à s'adapter... S'adapter en fonction de l'individu et non plus en fonction du ou des produit(s) semble être un élément de réponse essentiel à une adaptation du rôle des soignants suite à ce changement de paradigme dans les soins. Aussi, la thérapie de groupe, auparavant sacralisée dans la prise en charge des dépendances, est remise en question par l'enjeu d'individualiser le projet thérapeutique.* »⁴⁵ Mais, le fait de mélanger les populations dépendantes à un ou plusieurs produits différents n'a pas forcément facilité les règles de ces centres, voire même a rendu la gestion clinique encore plus compliquée. Même s'il était évident de regrouper ces populations sous un même projet centré sur l'addictologie tout en se centrant sur l'individu et non plus sur uniquement le projet thérapeutique, cela a amené une nécessaire reconfiguration des soins, et pratiquement, compliquée sur le terrain.

Suisse

En **Suisse**, une véritable conscientisation a été prise au plus haut niveau fédéral. Une vision stratégique avec un programme national alcool (PNA) s'est déclinée en objectifs stratégiques clairs et précis⁴⁶ depuis déjà plus d'une dizaine d'années. Les acteurs de terrains ont contribué à ce programme qui touche toutes les populations ainsi que toutes les personnes concernées par ce phénomène complexe très large. Le bilan semble satisfaisant même si des améliorations sont encore à apporter comme la connaissance et l'entraide dans le réseau par exemple.⁴⁷ L'avantage ou l'atout ici est qu'il y a une vision avec un plan qui suit une étude épidémiologique et

⁴⁴ RIVOIRARD Anna, « Soins et dépendance dans les centres de postcure en alcoologie. » Champ social « Le sociographe » - 2012/3 n° 39 pages 37 à 45.

⁴⁵ Op. cit.

⁴⁶ « Programme national 2013-2016. Politique en matière d'alcool en Suisse. » Office fédéral de la santé publique. Vue d'ensemble – 9 pages et « Programme national alcool. Rapport 2008 – 2012 ». Office fédéral de la santé publique. 40 pages.

⁴⁷ Op. cit. page 18

où des actions existent dans tous les secteurs concernés. Qui dit plan, dit évaluation sur base d'indicateurs, communication large, avec relance de nouvelles phases possibles. En Suisse, il n'y a qu'un seul ministre ayant la compétence de la santé et un directeur de l'office fédéral de la santé publique. A méditer... Le centre Villa Flora⁴⁸ à Sierre est un exemple de prise en charge intégrée des addictions. L'évaluation ainsi que les prestations de jour à visée thérapeutique et à visée d'intégration socio-professionnelle par des ateliers et des cours sont le cœur des missions du centre.

USA

Aux **USA**, « Burning tree programm » est une société privée avec un programme intéressant (en tous les cas sur leur site internet⁴⁹) regroupant plusieurs catégories de population pour des traitements courts ou longs ou traitement de rechute ou encore pour les plus jeunes, le tout dans un environnement en pleine nature de type résidentiel. Ils sont clairement dans le résidentiel au long court sous le modèle de communauté thérapeutique. Depuis maintenant 20 années, « Burning tree programm » prend en charge des hommes et des femmes avec une alcoolo-dépendance avérée mais aussi d'autres addictions. Ils ont développé plusieurs programmes afin de prendre en charge toutes les situations, qui restent toutes différentes et uniques. Le traitement consiste en une réhabilitation après une désintoxication en milieu hospitalier. Les patients poursuivent alors leur postcure en suivant des thérapies de groupe et comportementales et restent de 3 à 12 mois. Ensuite, le patient est inséré dans des groupes supports comme les AA. L'association traite également certains troubles mentaux comme la bipolarité, les troubles de personnalité et les troubles borderline. « Burning tree programm » a également développé un programme pour les familles afin de les aider à mieux comprendre la complexité de l'addiction à l'alcool et les aider à avoir des attentes réalistes par rapport à leur proche. En termes de thérapies, l'association appliquent la DBT thérapie⁵⁰ qui est une forme de thérapie cognitivo-comportementale qui comprend quatre domaines de compétences : la méditation de pleine conscience, les compétences d'efficacité (assertivité, affirmation de soi, gestion de conflit...), les compétences de tolérance au stress et la régulation des émotions.⁵¹ Un programme

⁴⁸ <https://www.villaflorasierre.ch/contact>

⁴⁹ <https://www.burningtree.com/>

⁵⁰ Dialectical Behavior Therapy

⁵¹ « *Mindfulness Meditation Skills, Interpersonal Effectiveness Skills, Distress Tolerance Skills, and Emotion Regulation Skills. Mindfulness Meditation Skills teach patients how to actively participate in a wide range of environmental experiences without assigning meaning to these experiences as either "good" or "bad." Mindfulness Meditation Skills are perceived as intrinsic to effectively utilizing all of the other skills associated with DBT. Interpersonal Effectiveness Skills teach patients how to be more assertive in expressing their needs and how to manage relational conflict. Distress Tolerance Skills help instill patients with new approaches to tolerating distressful situations without succumbing to maladaptive behavior that ultimately sabotages the goal of reducing distress. Emotion Regulation Skills help patients learn how to self-identify a wide range of emotions and take responsibility for how they manage their emotions...* » - Voir site internet « burning tree programm » dans les pages « programm/dbt-therapy

neurologique de réhabilitation⁵² traite complémentirement l'addiction vers une réhabilitation permanente, disent-ils. Ils ont également développé une clinique pour les doubles diagnostiques. En théorie, ces programmes sont alléchants et semblent tenir compte d'une multitude de facteurs pour traiter sur le long terme l'alcoolodépendance. Il serait intéressant d'aller les visiter ou de prendre connaissance de leurs statistiques et rapport d'activités. Rien n'est dit sur une éventuelle accréditation de leur activité alors que les Américains raffolent de ces certifications d'assurance qualité. A suivre.

⁵² EEG Neurofeedback

7. Discussion et confrontation aux données de la littérature

La littérature scientifico-médicale est assez pauvre concernant les bienfaits d'un traitement longue durée de type postcure en milieu résidentiel.

Sur le web, une étude⁵³ sur le traitement des problèmes d'alcool publiée par l'OMS, montre que la prise en charge sur une longue durée après sevrage, reste bénéfique pour les personnes avec une dépendance à l'alcool importante. L'étude ne fait aucunement référence à un traitement en communauté thérapeutique en résidentiel mais elle approuve ce type de traitement qui amène à plus de chance de réussite, entendons, abstinence pour cette population d'alcoolodépendants. Cette prise en charge permet de diminuer les rechutes. Les travaux de Ahles et coll.⁵⁴ ont montré qu'une postcure de type comportementale avait donné un taux d'abstinence de 40% comparé à 11% pour un autre groupe qui avait suivi un autre programme. Ito & Donovan affirment ceci : « *La postcure est un type d'intervention efficace et important pour traiter les problèmes d'alcool.* »⁵⁵

En France, la réflexion sur l'évaluation de l'efficacité des postcures résidentielles tourne autour de trois critères : la durée du séjour, le changement d'environnement et le programme thérapeutique⁵⁶. Le fait de changer d'environnement permet au sujet de se concentrer sur autre chose que sur la substance. Il offre à la personne des soins plus intenses, des groupes et des séances thérapeutiques qu'il n'aurait pas accès en un seul lieu s'il était resté dans son milieu habituel. La durée, varie d'une situation à une autre. Il n'y a aucun standard de durée mais ce qui est certain est que la longueur d'une postcure a un impact plutôt positif sur les comportements à changer pour se maintenir dans l'abstinence.

En Suisse, une étude sur l'évaluation⁵⁷ des institutions résidentielles pour traiter les toxicomanies confirme ceci : « *Les institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances constituent un acteur incontournable de cette constellation diversifiée d'acteurs. Les usagers peuvent y bénéficier d'une thérapie dont les résultats positifs sont indiscutables.* »

⁵³ HEATHER N., « Le traitement des problèmes d'alcool ». OMS, Publication régionales, Série européenne, 2000, n°65. 238 pages.

⁵⁴ Op. cit. p. 161

⁵⁵ ITO J.R. & DONOVAN D.M.: "Aftercare in alcoholism treatment: a review. », in Miller W.R. & HEATHER N., Editions Treating addictive behaviors : processes of change. New York, Plenum, 1986.

⁵⁶ DELILE J-M. & COUTERON J-P., « Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions. » In Alcoologie et addictologie. 2009. Page 31.

⁵⁷ DA CUNHA A., CAPRANI I., MARTINS E., SCHMID O., STOFER S., «Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social ». Université de Lausanne, 164 pages. Page 112. 2010.

8. Nouveaux apports par la formation CIU en Alcoologie

Les apports de la formation du certificat inter-universitaire en alcoologie organisée par la SSMG, session 2019-20, sont importants.

Les conférenciers, tous experts dans leur domaine nous donnent des connaissances, des outils, des statistiques et une grille d'analyse.

Tout au long de la formation, voici quelques connaissances, conseils et recommandations, citations, références transmis par les experts :

- Avoir une personne dans l'équipe spécialisée en poly-addiction et détecter les poly-addictions ;
- L'abstinence pour le type de population d'alcool-dépendants est la solution de traitement. Il n'y a pas à hésiter ;
- Avoir accès à un réseau d'alcoologues et de professionnels en alcoologie ;
- Pas de changement de comptoir dans le domaine des addictions ;
- Réaliser un bilan cognitif à l'entrée ;
- L'exposition in vivo est à maintenir voire à développer en virtuel ;
- La formation continue du personnel est importante ;
- Le facteur café est un facteur protecteur dans la cirrhose ;
- Le facteur génétique : PNPLA3 (rs738409 C > G) : risque élevé si exposé à l'alcool ;
- Bien manger est important ;
- La rechute à court terme ne change rien au risque de mortalité. Seule l'arrêt d'alcool améliore la survie après 6 mois ;
- 50% des urgences sont liées aux conséquences de l'alcool ;
- La femme n'est pas égale à l'homme dans le métabolisme de l'alcool ;
- 90% de l'alcool est éliminé par le foie mais aussi par les poumons (raison de l'alcotest) ;
- Biomarqueurs : ne pas prendre un seul marqueur mais une combinaison : exemple CDT + Gama GT + MCU (globules rouges)
- MRI : examen clinique de résonance magnétique qui est précis et objective la qualification de la stéatose ;
- Une prise de sang normale ne veut pas dire qu'il n'y a rien ;
- Un patient sur 11 qui boit un verre de vin par jour, même si l'hépatite est soignée, va développer un cancer dans les 5 ans (9,1%) ;
- En général, peu de recherche sur l'alcool, peu de littérature ;
- Critères MILAN pour les transplantations de foie ;
- Il faut dépister avant les patients qui ont subi une chirurgie bariatrique et les suivre après ;
- La peur de la douleur de la pancréatite chronique ou la pancréatite aiguë est un excellent levier pour l'arrêt d'alcool ;
- L'étude du Lancet en 2018 apporte de nouvelles conséquences (a impacté les normes belges du CSS=10 unités/semaine homme et femme) ;
- Par l'abstinence, il y a reconstruction ;
- Treatment Gap de 92% ;

- L'effet de la motivation est très important ;
- Dual process= déséquilibre entre impulsivité et contrôle ;
- La temporalité est importante : adapter les attentes thérapeutiques ;
- Pas vraiment de normes pour le binge drinking qui n'est pas l'alcoolisme ;
- Questionnaire Audit (10 questions) : si >20 alors problématique de consommation d'alcool ;
- La remédiation cognitive comme outil complémentaire à la prise en charge ;
- Eviter les réflexes correcteurs, d'abord une bonne alliance thérapeutique ;
- L'entretien motivationnel comme outil thérapeutique pour amener le patient vers les soins ;
- DALY = nombre d'années perdues;
- Tableau conceptuel (très intéressant) des causes et des conséquences d'une consommation d'alcool ;
- Parler en unité d'alcool ;
- Garder le contact ; faire rester en traitement ;
- La petite vidéo NUGGETS sur youtube sur la création de la dépendance ;
- Comment devenir comme après ?
- La rechute, c'est la règle et pas l'exception !
- L'importance des groupes d'entraide ;
- ...

9. Conclusion

Il serait très prétentieux de répondre à la question de départ en disant que seule la postcure résidentielle longue durée est l'ultime et unique solution au traitement de l'alcool-dépendance adulte. Si une solution « miracle » existait, ça se saurait ! Il est évident, même si ce travail ne le relate pas assez, qu'un traitement au long court participe à une meilleure chance de revalidation, qu'elle soit sous forme résidentielle de longue durée ou en ambulatoire de longue durée. Des années d'alcoolisation avec d'énormes quantités d'alcool ingurgitées ne se traitent pas en trois semaines de sevrage. La confiance des proches ne se reconstruit que lentement par des actes concrets et plus des paroles vaines. Retrouver un logement et du travail ou une occupation peut aussi prendre du temps. Expérimenter et travailler les rechutes peut durer.

La problématique alcool est tellement complexe qu'elle puise ses racines dans plusieurs domaines qui par nature ne sont pas pris en charge dans le centre. Prenons par exemple, tout le travail sociétal qui reste à faire (interdire la publicité sur l'alcool, faire plus de psychoéducation des jeunes, fixer les prix à l'unité d'alcool...), comme le précise Monsieur Martin de Duve, pour prévenir les troubles de l'usage d'alcool. Cet aspect-là n'est évidemment pas du ressort du centre. Nous pourrions y participer sans doute mais ne pas être à la manœuvre.

Le centre est un excellent outil qu'il faut, certes, continuer d'améliorer. Les douze problématiques soulevées dans ce travail vont trouver un jour ou un autre des solutions, j'en suis certain. Les professionnels sont d'un excellent niveau et permettront ce développement. Notre future nouvelle infrastructure va nous y aider.

Ce n'est pas étonnant que la France parle d'addictologie en incluant l'alcool et les drogues. Notre centre a pris ce pari de ne traiter que l'alcool. Le pari était risqué au vu de l'évolution de la société. Aujourd'hui, cette différenciation entre produit semble jouer en la faveur du centre. L'expertise se concentrant sur l'alcoolisme permet in fine d'avoir sans doute de meilleurs résultats. Les populations ne sont pas tout à fait les mêmes, toxicomanes ou alcool-dépendants. A voir dans 10 ou 20 ans et à réévaluer. Le centre a fait son choix et l'assume.

Les questions éthiques sont nombreuses et peuvent parfois mettre en difficulté un programme thérapeutique par manque de temps d'y répondre. Ce n'est pas la non-volonté d'y apporter des réponses qui fait défaut. C'est plutôt l'organisation du travail qui ne le permet pas toujours allié à un déficit de certaines compétences. Mais le centre avec son équipe pluridisciplinaire avance dans le bon sens en se posant les bonnes questions et en y apportant des réponses multidisciplinaires justes pour le bien du patient et qui font sens.

En conclusion, je me permettrais de dire que le centre de postcure résidentielle n'est peut-être pas l'ultime et unique solution à l'alcool-dépendance pour tout adulte. Cependant, pour certaine personne, il est le seul moyen de pouvoir expérimenter un jour l'absence du produit sur une longue durée tout en abordant énormément d'aspects qui peuvent devenir des facteurs de rechute. Dans ce sens, il est unique.

10. Références bibliographiques

Ouvrages & articles scientifiques

ADES J., LEJOYEUX M., « *Alcoolisme et psychiatrie* ». Editions Masson 2003, 288 p.

AHLES T.A. et Al. : « *Impact of aftercare arrangements on the maintenance of treatment success in abusive drinkers.* » *Addictive behaviors*, 8 : 53-58 (1983)

AMEISEN O., « *Le dernier verre* ». Editions Denoël, 2008.

AUSLOOS G., « *La Compétence des familles* », Toulouse, Editions Érès, 2016.

BARBIER C., « *Mieux comprendre l'alcoolisme* », N°221 MARS 2007 – Education Santé.

CHARPENTIER Laure, « *Toute honte bue. L'alcoolisme au féminin* ». Editions Grancher 2006. 162 pages.

Collectif : Eurotox ASBL - Observatoire socio-Épidémiologique alcool-drogues - LIVRET THEMATIQUE N°3 | Décembre 2015

Collectif : « *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.* » ANESM. Juin 2010. 92 pages.

Collectif : « *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020* ». WHO. 83 pages.

Collectif : « *Programme national Alcool. Rapport 2008 – 2012* ». Office fédéral de la santé publique. 40 pages.

Collectif : « *Programme national 2013-2016. Politique en matière d'alcool en Suisse. Vue d'ensemble* » Office fédéral de la santé publique. 9 pages

Collectif : « *Vivre son intimité en institution. Un droit pour le résident. Vie affective et sexuelle en ESSMS* ». Cahier de l'Actif n° 464-467. Janvier-Avril 2015.

COTTRAUX Jean, « *Les psychothérapies comportementales et cognitives* ». Editions Elsevier Masson, 2011

CUNGI C., « *Faire face aux dépendances. Alcool, tabac, drogues, jeu* ». Editions Retz. 2005, 240 p.

CUNY L, JOUSSAUME B. « *Indifférence* ». Editions Le publieur, 2012.

de DUVE M., JACQUES J-P., « *Jeunes et alcool – Génération jouissance* », Editions De Boek, 2014, 200 p.

DA CUNHA A., CAPRANI I., MARTINS E., SCHMID O., STOFER S., « *Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social* ». Université de Lausanne, 164 pages. 2010.

DAEPPEN J B. « *La dépendance à l'alcool. Guide de traitement combiné* ». Médecine Sciences, Editions Flammarion, 2009.

DELILE J-M. & COUTERON J-P., « *Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions.* » In *Alcoologie et addictologie.* 2009. Page 31.

DESCOMBEY J-P., « *Précis d'alcoologie clinique* ». Editions Dunod, 2003, 360 p.

ER E., VREBOS C., « *Chirurgie bariatrique et dépendance à l'alcool : cas clinique* », avril 2020 (en cours de publication au moment de finalisation de ce travail).

GARCIA J., « *Résoudre facilement la crise du logement* », article paru la dans Revue politique du 4 avril 2019, José GARCIA, secrétaire général du Syndicat des locataires.

GUEIBE Raymond, « *L'alcoolisme au quotidien. De la consommation agréable à la dépendance.* » Editions Seli Arslan. 2015.

GRAZIANI, PIERLUIGI & ROMO, Lucia, « *Soigner les addictions par les TCC* » Editions Elsevier Masson, 2013, 272 p.

HALEY J., « *Stratégies de la thérapie* », Toulouse, Editions Érès, 2009.

HEATHER N., « *Le traitement des problèmes d'alcool* ». OMS, Publication régionales, Série européenne, 2000, n°65. 238 pages.

HUAS D, RUEFF B. « *Alcool et Médecine Générale* ». GMSanté 2010, CNGE.

ITO J.R. & DONOVAN D.M.: « *Aftercare in alcoholism treatment: a review.* », in Miller W.R. & HEATHER N., Editions Treating addictive behaviors : processes of change. New York, Plenum, 1986.

KIRITZE TOPOR P., BENARD J-Y., « *Le malade alcoolique* ». Masson 2001.

LEJOYEUX, M. « *Du plaisir à la dépendance : nouvelles addictions, nouvelles thérapies* ». Editions Points n° 2148, 2009.

LONGNEAUX J-M., « *Les droits du patients : un plus pour les prestataires de soins ?* », dans la revue *Ethica Clinica*, n°27 de septembre 2002.

MANCIAUX M., « *Pour une éthique sociale au quotidien.* » S.F.S.P. « Santé Publique » - 2003/2 Vol. 15 - pages 161 à 166 - Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

MARLATT G. & DONOVAN D., « *Prévention de la rechute. Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives* », Editions Médecine & Hygiène, 2008, 474 p.

MILLER W. ROLLNICK, « *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement.* » Editions InterEditions. 2006, 241 p.

MINUCHIN S., « *Familles en thérapie* » (1974), trad. M. du Ranquet et M. Wajeman, Toulouse, Editions Érès, 2013.

NICHOLS Michael, « *Family Therapy: Concepts and Methods* ». Editions Pearson, 2016.

REYNAUD M., KARILA L., AUBIN H-J., BENYAMINA A., « *Traité d'addictologie* ». 2ème édition, Médecine Sciences, Editions Lavoisier, Médecine, 2016.

RIVOIRARD Anna, « *Soins et dépendance dans les centres de postcure en alcoologie.* » Champ social « Le sociographe » - 2012/3 n° 39 pages 37 à 45.

ROUSSEAUX J-P., « *L'alcoolique en famille.* » Editions De Boeck. 1996.

VAN RILLAER Jacques, « *La nouvelle gestion de soi. Ce qu'il faut faire pour vivre mieux.* » Editions Mardaga. 2012.

VOLKOW ND, FOWLER JS, « *Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex* », NIH, National Library of medicine, PubMed.gov, 2000

Sites internet

<http://www.aemtc.ulg.ac.be>

<https://www.univers-sante.be/project/jeunes-et-alcool-generation-jouissance/>

<http://www.educationsante.be/>

<http://www.alcooliquesanonymes.be/>

<https://www.al-anon.be/>

<http://www.vielibre.be/>

<https://www.burningtree.com>

<https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/centres-reeducation/Pages/toxicomanie-intervention-cout-traitement-centres-specialises.aspx>

Slides de cours en alcoologie

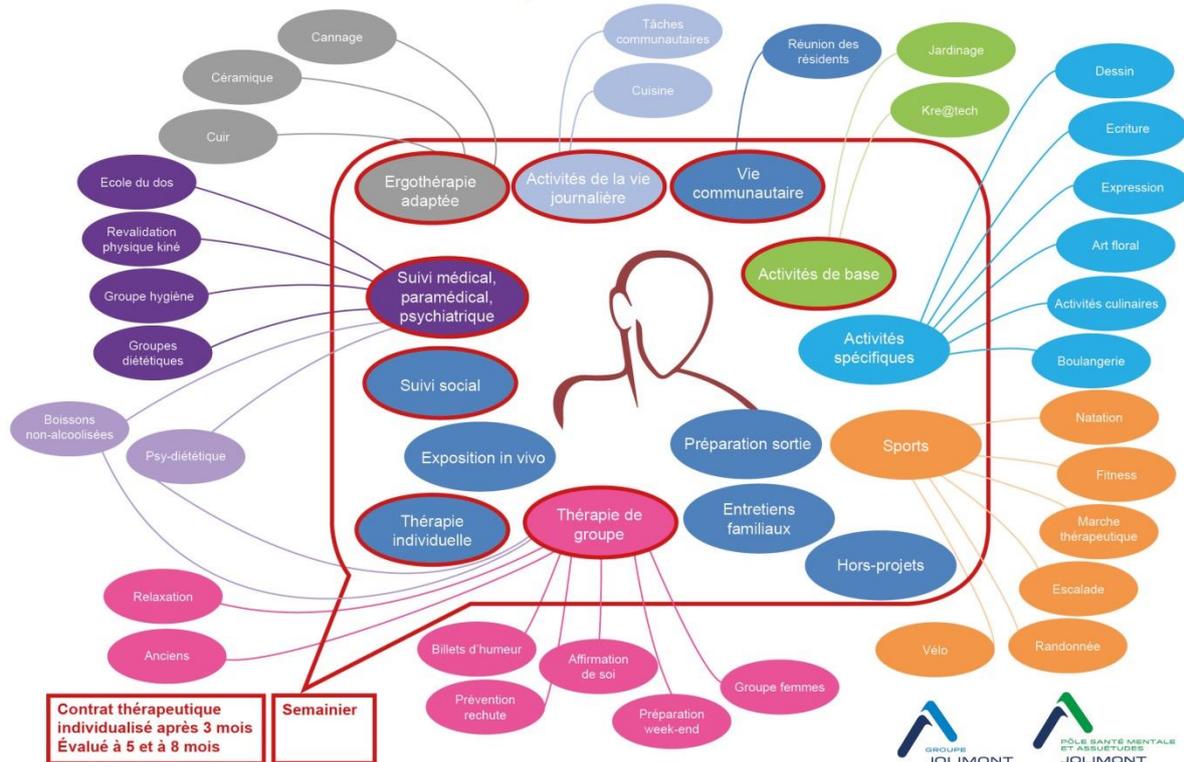
De TIMARY P., « *Neuropsychologie et imagerie de la problématique alcoolique* », CIU Alcoologie à la SSMG, décembre 2019.

PINTO E., « *Théorie neurobiologique de la dépendance* », CIU Alcoologie à la SSMG, octobre 2019.

11. Annexes

Annexe 1 : Tableau des activités

L'alcoolisme = problème complexe nécessitant de travailler sur différents axes en termes de revalidation de la personne



Annexe 2 : Liste des établissements de revalidation Toxicomanie conventionnés avec l'INAMI en Belgique (7.73)

Inrichtingen voor revalidatie van verslaafden / Etablissements de rééducation Toxicomanie (773)

Antwerpen

7.73.007.83
A.D.I.C. V.Z.W.
Venusstraat 11
2000 ANTWERPEN

☎ : 03/225.26.27
☎ : 03/231.19.13

7.73.022.68
MSOC Free Clinic
Schijnpoortweg 14
2060 ANTWERPEN

☎ : 03/201.12.60
☎ : 03/201.12.99

Brussel Bruxelles

7.73.002.88
A.S.B.L. Centre L'Orée
Avenue Maréchal Joffre 149
1180 UCCLE

☎ : 02/347.57.57
☎ :

7.73.005.85
A.S.B.L. Projet Lama
Rue Américaine 211 - 213
1050 BRUXELLES (IXELLES)

☎ : 02/640.50.20
☎ :

7.73.006.84
A.S.B.L. Centre Médical "Enaden"
Rue Saint-Bernard, 114

1060 BRUXELLES (SAINT-GILLES)

☎ : 02/534.63.73
☎ : 02/534.53.94

7.73.019.71
C.A.T.S.
Chaussée d'Alseberg 206
1190 BRUXELLES (FOREST)

☎ : 02/649.79.01
☎ : 02/639.08.22

7.73.025.65
La Pièce
rue de Veeweyde 60
1070 BRUXELLES (ANDERLECHT)

☎ : 02/523.50.36
☎ : 02/520.30.17

7.73.031.59
M.A.S.S. de Bruxelles
Rue de Woeringen, 16-18
1000 BRUXELLES

☎ : 02/505.32.90
☎ : 02/505.32.99

Hainaut

7.73.010.80
A.S.B.L. L'ESPERANCE
Rue Ferrer 159
7100 HAINE-SAINT-PAUL

☎ : 071/59.34.96
☎ : 071/59.56.16

7.73.012.78
A.S.B.L. Trempoline
Grand Rue 3
6200 CHATELET

☎ : 071/40.27.27

7.73.016.74

Alises
Ellipse
Rue du Houssu 99
7141 CARNIERES

☎ : 064/44.17.20

☎ : 064/44.17.22

7.73.018.72

Transition
Chaussée de Fleurus 216
6060 GILLY (CHARLEROI)

☎ : 071/48.95.08

☎ : 071/48.95.52

7.73.024.66

Diapason
Boulevard Dewandre 2
6000 CHARLEROI

☎ : 071/30.18.11

☎ : 071/20.17.87

7.73.029.61

A.S.B.L. PARENTHÈSE
Maison d'accueil socio-sanitaire pour
toxicomanes
Avenue Reine Astrid 2
7000 MONS

☎ : 065/35.40.77

☎ : 065/35.41.77

7.73.035.55

Poliade
Route de Wallonie 35
7011 GHLIN

☎ :

☎ :

Liège

7.73.004.86

Les Hautes Fagnes a.s.b.l.
Centre de cure et de postcure
Rue de Malgrave 1
4960 MALMEDY

☎ : 080/79.98.30

☎ :

7.73.013.77

C.L.E.A.N.
Rue Nicolas Kinet, 7
4020 BRESSOUX

☎ : 04/254.77.22

☎ : 04/254.77.58

7.73.027.63

Projet Start
Maison d'Accueil socio-sanitaire pour
toxicomanes.
Montagne Saint-Walburge 22
4000 LIEGE

☎ : 04/254.77.22

☎ : 04/254.77.58

Limburg

7.73.009.81

Katarsis vzw
Hasseltweg 439
3600 GENK

☎ : 011/27.55.09

☎ : 011/27.48.78

7.73.023.67

MSOC Limburg
Salvatorstraat 25
3500 HASSELT

☎ : 089/32.97.72

Namur

7.73.033.57
A.S.B.L. PHENIX
Av. Bourgmestre Jean Materne 165
5100 JAMBES (NAMUR)

☎ : 081/22.56.91
☎ : 081/22.47.68

Oost-Vlaanderen

7.73.008.82
De Sleutel
VZW Provinciaalder Broeders Van Liefde
Ebergiste de Deynestraat 2 C
9000 GENT

☎ : 09/231.54.45
☎ : 09/231.96.60

7.73.014.76
v.z.w. "De Kiem"
Vluchtenboerstraat 7A
9890 GAVERE

☎ : 09/389.66.66
☎ : 09/384.83.07

7.73.015.75
De Sleutel
VZW Provinciaalder Broeders Van Liefde
Ebergiste de Deynestraat 2 C
9000 GENT

☎ : 03/233.99.14
☎ :

7.73.021.69
MSOC-Gent
Gewad 13
9000 GENT

☎ : 09/223.46.44
☎ : 09/223.94.31

7.73.034.56
Residentieel Kortdurend
Jongerenprogramma van
De Sleutel
E. de Deynestraat 2C
9000 GENT

☎ : 09/210 87 10
☎ : 09/272 86 11

Vlaams-Brabant

7.73.020.70
De Spiegel
Pellenbergstraat 160
3010 KESSEL-LO (LEUVEN)

☎ : 016/46.10.18
☎ : 016/46.40.15

7.73.032.58
MSOC Vlaams Brabant
Maria Theresiastraat 109
3000 LEUVEN

☎ : 016/23.65.67
☎ : 016/23.92.62

West-Vlaanderen

7.73.011.79
Kompas
Minister Van De Peereboomlaan 86
8500 KORTRIJK

☎ : 056/20.2074
☎ : 056/25.96.10

7.73.030.60
MSOC-Oostende

Perronstraat 1
8400 OOSTENDE

☎ : 059/51.63.29
☎ : 059/51.76.83