

**COMPTE-RENDU DU WEEK-END
D'ÉTUDES LE :
08-09-10 octobre 2021 à VOGÜÉ (07)**



COMPTE-RENDU DU WEEK-END D'ÉTUDES À VOGÜÉ LES 08 – 09 – 10 OCTOBRE 2021

Après maints reports dus à la situation sanitaire engendrée par la Covid19 nous pouvons enfin avec toutes les mesures mises en place (pass sanitaire, masques, gel hydroalcoolique, distanciations sociales, nous pouvons nous retrouver au Village Vacances du Domaine Lou Capitelle à VOGÜÉ 07200 où nous avons rendez-vous cette année pour la 9^{ième} fois. C'est toujours avec le même plaisir que nous retrouvons ces lieux qui se sont agrandis, transformés pour notre bien-être. Cette année, nous sommes 150 à participer aux Journées d'études en Rhône Alpes. D'habitude nous sommes plus de 200 à nous retrouver, malheureusement nos sections ont été endeuillées par le décès d'adhérents, les conjoints ne viennent plus et aussi par l'âge de nos adhérents qui ne vont pas en rajeunissant et subissent des handicaps, la conjoncture actuelle n'arrange pas les choses non plus.

Nous remercions la Direction du Centre et toute son équipe pour leur accueil et disponibilité.

Merci au Centre KORIAN du Chambon sur Lignon pour les stylos et attache badge, les sacs pour les dossiers, la Société TEFAL, et les autres donateurs pour la tombola des participants de même que les départements pour le panier de leurs spécialités.

Presque toutes les sections de la région Annonay (Ardèche) Grenoble (Isère) Feurs, La Talaudière, , Roanne, St Etienne (Loire) Givors, La Duchère, Rillieux, St Laurent de Chamousset, St Priest, Vénissieux, Villeurbanne (Rhône) Aix les Bains, Albertville, Chambéry (Savoie) Annecy-Rumilly – Megève (Haute Savoie) sont présentes cette année et nous les remercions, ainsi que des amis Chalons en Champagne ; qui ont plaisir à nous rejoindre car nous sommes les seuls à organiser un tel rassemblement sur 3 jours. Nous regrettons l'absence de nos amis de la Moselle suite à un problème de santé d'Alain Girardot (chauffeur du minibus)

Un programme varié nous attendait avec le soleil.

Après le repas, nous avons eu un peu de temps libre afin de découvrir BALAZUC et le vieil Audon.

Niché à l'entrée des **gorges de l'Ardèche**, au bas des falaises calcaires, dans un site préservé par 300 mètres de chemin muletier à parcourir à pieds pour y accéder, le hameau du **Viel Audon** a été réhabilité depuis une vingtaine d'années.

Plus de 11 000 volontaires ont participé à la reconstruction du hameau, dont certains ont choisi d'en devenir les habitants d'aujourd'hui. La ferme (animaux, vergers et jardins maraîchers) est un exemple de gestion durable et raisonnée des ressources sur un territoire de garrigue.

Agriculture, accueil, éducation, animation, formation sont les bases du développement du projet de **l'Association le Mat**, où les modes de vie et les choix de consommation nourrissent la réflexion et la pédagogie.

Vente en direct des produits de la ferme et de produits locaux.

Un gîte d'étape et un centre d'accueil (capacité 49 places) accueillent les visiteurs. Des animations tout public sont organisées autour de l'alimentation, du jardin, de la garrigue, de l'art et la nature.

D'autres ont profité de la piscine chauffée, du SPA à l'intérieur du Centre ou bien sont allés marcher. Quel plaisir

A 17 h, présentation du Comité Régional

Conférence sur les addictions sans produits, notamment les écrans, smartphones avec Jean Claude BEL – animateur formation sur les addictions au niveau National.

Nous avons pu apprécier la voix de BICHOU qui nous a rappelé Barbara. Il a su se faire connaître de Michou, l'homme en bleu des nuits parisiennes. Bichou, artiste à l'univers décalé, un personnage haut en couleurs, drôle, tendre, il est souvent là où on ne l'attend pas.

Le samedi est consacré aux groupes de travail sur les thèmes suivants

1 - IL OU ELLE BOIT, COMMENT L'AIDER FACE A CETTE MALADIE ? LE DENI DE L'ENTOURAGE

2 – UNE MODE LA REDUCTION DES CONSOMMATIONS MAIS QUEL AVENIR ?

3 - ALCOOL – VIOLENCES, LIAISONS DANGEREUSES, CONDUITES A RISQUES, DOIT-ON LES DENONCER SANS PASSER POUR UN DELATEUR ?

4 - L'ACCEPTATION DE LA MALADIE, PREMIERS PAS VERS LA GUERISON

5 – CURE, POSTCURE QUEL IMPACT SUR LE MALADE ? NECESSITE D'UN SUIVI EN SORTANT DE SOINS

6 - L'AMITIE A VIE LIBRE – BESOIN DE RECONNAISSANCE EXCESSIVE

7 - COMMENT ANIMER LA VIE D'UNE SECTION - SUITE A LA BAISSSE DE FREQUENTATION DE NOS PERMANENCES, FAUT-IL CONTINUER ?

8 - LES RESEAUX SOCIAUX PEUVENT-ILS REMPLACER NOS PERMANENCES OU REUNIONS?

9 - LA CONFIANCE ET SES LIMITES : « PAS BU ? PAS VU PAS PRIS » LA CARTE ROSE, QUID DES POLY-ADDICTIONS

10 - SAVOIR COMMUNIQUER SANS FAIRE DE PROPAGANDE - *THEME ANNULE FAUTE DE PARTICIPANTS*

11 - DVLP : LA COMMUNICATION ENTRE DVLP – COMMENT AMENER LE DETENU A RENCONTRER VIE LIBRE – QUELS NOUVEAUX DOCUMENTS POUR L'ACTION PRISON -

12 – L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES ADDICTIONS

L'après-midi, rédaction des synthèses ou temps libre ; piscine en attendant la conférence de Michel KAIRO « Abstinence, rôle de l'association dans la Réduction des risques.

Après le repas ardéchois, nous avons pu apprécier le spectacle MAGIE ET EMOTIONS par l'équipe de Rino BALDI.

Dimanche, synthèse des travaux de groupe, marché des produits régionaux sur place dans le Centre, et tirage de la tombola des participants composée des paniers de chaque département, d'objets confectionnés par des adhérents et d'autres lots puis la traditionnelle photo de groupe.

Les trois jours ont passé vite avec le soleil qui était là et dans nos cœurs.

Nous avons retrouvé la véritable amitié Vie Libre Tous se sont quittés en disant à l'année prochaine.

NOS JOURNEES D'ETUDES REGIONALES

Dans les années 80, une journée d'études avait lieu chaque année dans un département.

Depuis 1992, chaque année, les membres qui le souhaitaient, se retrouvaient en famille pour un week-end dans la région Rhône Alpes ; pour réfléchir sur des thèmes choisis, le samedi après-midi, le dimanche étant consacré aux synthèses des travaux et à des expositions et au tourisme.

En 2003, ce week-end, à l'occasion du 50^e anniversaire du Mouvement a été réalisé sur 3 jours. Malgré la réticence de certains au départ, ce fut une réussite. La plupart souhaite que l'on continue car c'est plus cool, on est plus détendu.

1992	SEVRIER (74)	
1993	LYON 8 ^e - 40 ^e anniversaire du Mouvement – Espace Jean Bargoin –	
1993	SAINT JORIOZ (74)	
1994	SEVRIER (74)	
1995	LES KARELLIS (73) – Centre Azuréva	
1996	EVIAN (74) VVF	
1997	LES MENTHIERES (01) VVF	
1998	AUTRANS (38) – L'Escandille	
1999	LES MENTHIERES (01) avec la présence d'André VUILLER	324 personnes
2000	Congrès d'ORLEANS	
2001	LONGEFOI (Centre Jean Franco et Dou de la Ramaz)	380 personnes
2002	LARNAS 07 (Domaine d'Imbours)	330 personnes
2003	VOGÜÉ (Village Vacances) 50 ^e anniversaire avec la présence de Jacques JANUSZ président national et Maurice BRUNON	300 personnes
2004	PASSY	300 personnes
2005	VOGÜÉ	300 personnes
2006	SAMOENS(les Becchis) avec R. DELAHAYE	300 personnes
2007	VOGÜÉ	305 personnes
2008	SAMOENS (les Becchis)	320 personnes
2009	ARECHES (Azuréva)	270 personnes
2010	VOGÜÉ (Lou Capitelle)	225 personnes
2011	SAMOENS (les Becchis) avec Félix LE MOAN Président national	290 personnes
2012	VOGÜÉ (Lou Capitelle)	270 personnes
2013	SAMOENS (60 ^e anniversaire) sur 4 jours- Félix LE MOAN	300 personnes
2014	Les KARELLIS (Renouveau)	210 personnes
2015	VOGÜÉ (Lou Capitelle)	220 personnes
2016	SAMOENS	225 personnes

2017	VOGÜÉ	200 personnes
2018	SEVRIER DU LAC	205 personnes
2019	VOGÜÉ	210 personnes
2020	Pas de journées d'études en raison de la pandémie Covid19	
2021	VOGÜÉ	150 personnes

VIE LIBRE

Programme du Week end des 08-09-10 octobre 2021 à VOGÜÉ

Vendredi 08 octobre

- 10 h 30 - 11 h 30** Remise des dossiers - Distribution des chambres
12 h 00 – 12 h 15 Accueil par la Direction du Centre et Jean Claude VALOIS
12 h 15 – 13 h 45 Repas
14 h 00 – 16 h 45 Temps libre – Découverte de BALAZUC – le vieil Audon
17 h 00 – 17 h 15 Présentation du Bureau et du Comité Régional – des animateurs de groupes
17 h 15 – 19 h 30 Conférence **LES ADDICTIONS SANS PRODUIT** – Jean Claude BEL
19 h 45 – 21 h 00 Repas
21 h 30 – 22 h 30 Animation soirée avec BICHOU
22 h 30 – 00 h 00 Soirée dansante

Samedi 09 octobre

- 07 h 30 – 08 h 30** Petit déjeuner
08 h 45 – 10 h 00 Groupe de travail par thème
10 h 00 - 10 h 30 Pause
10 h 30 – 12 h 30 Groupe de travail
12 h 45 - 14 h 15 Repas par groupes de travail
14 h 30 – 16 h 00 Continuation groupe de travail – synthèse
16 h 00 – 16 h 45 Pause
17 h 00 – 19 h 15 Conférence par Michel Kairo « Abstinence, rôle de l'association dans la Réduction des risques »
19 h 30– 20 h 45 Repas
21 h 00- 00 h 00 Animation Magie et émotions par Rino BALDI et après soirée dansante

Dimanche 10 octobre

- 07 h 30 - 08 h 30** Petit déjeuner
09 h 00 – 10 h 00 Synthèses
10 h 15 – 10 h 45 Pause et photo de groupe
10 h 45 – 11 h 45 Stands des produits régionaux
11 h 45 – 12 h 30 Tirage de la tombola des participants
12 h 45 – 14 h 00 Repas

CONFERENCE SUR LES ADDICTIONS SANS PRODUIT

Bonjour à toutes et à tous et bienvenue à cette conférence

Avant de rentrer dans le vif du sujet permettez-moi de me présenter Jean Claude BEL – Buveur guéri - 38 ans d'abstinence - Délégué national région nord-est - Responsable de la section Châlons en champagne - animateur stage addictions

Cyberdépendant, joueur pathologique, dépendant affectif, accro à l'alcool, au tabac, aux médicaments, au travail, au téléphone portable... L'addiction nous guette tous.

Pourquoi sommes-nous tous des dépendants potentiels ?

Qu'est-ce qui fait basculer de l'usage festif à l'abus puis à la dépendance ?

Que recherche-t-on dans les comportements addictifs ? Pourquoi est-on plus vulnérable à certains moments de sa vie ? Comment vit-on quand un plaisir devient un enfer ?

Afin de mieux comprendre pourquoi il ne suffit pas de vouloir pour pouvoir il me semble indispensable d'expliquer de quelle façon nous fonctionnons.

Aux addictions plus anciennes se sont ajoutées des addictions plus récentes aux écrans et réseaux sociaux qui elles aussi posent de véritables problèmes de santé publique et de sécurité.

Qu'on ne se méprenne pas, il ne s'agit pas de refuser le progrès technologique mais de s'interroger sur son usage, sur les modifications de comportement qu'il peut induire.

Les conséquences peuvent être lourdes de conséquences sous formes de désocialisation, de décrochage scolaire, de délinquance, de relations familiales voire professionnelles.

L'addiction peut revêtir un visage beaucoup plus sournois et se cacher dans votre quotidien presque sans que vous en ayez conscience

Vous avez du mal à quitter votre fil d'actualité Instagram, Facebook, Twitter ?

Vous ne pouvez pas vous empêcher de manger la totalité du paquet de bonbons dès lors que vous avez goûté le premier ?

Vous êtes tellement habitué à votre séance de running ou de musculation que vous devenez grincheux si vous ne pouvez pas y aller comme prévu ?

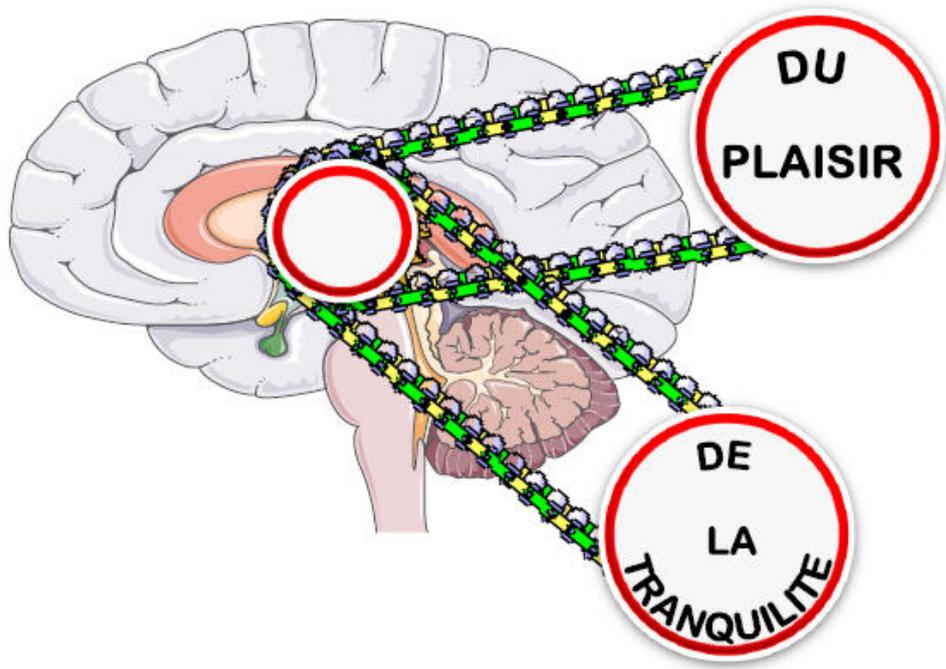
Eh oui tous ces comportements reflètent en effet une forme d'addiction.

LE CERVEAU

Le cerveau n'a pas encore été totalement exploré par le monde médical tant il est complexe. Il fonctionne d'une manière très simple.

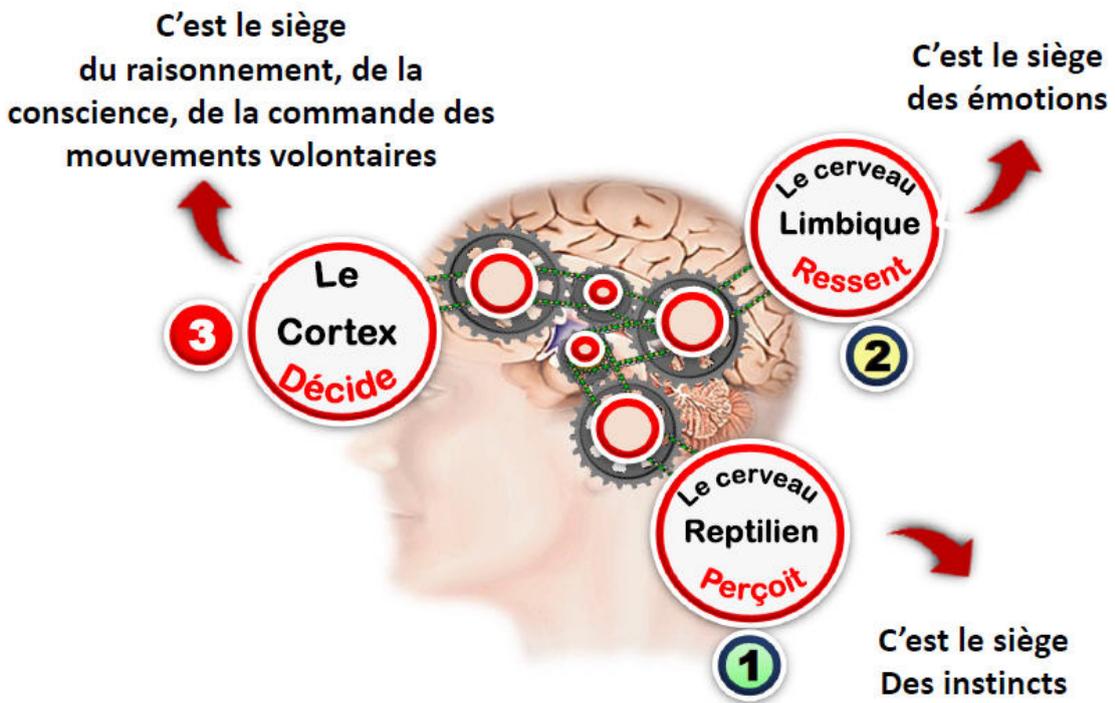
Que demande notre cerveau ?

Il demande en premier du plaisir et de la tranquillité.



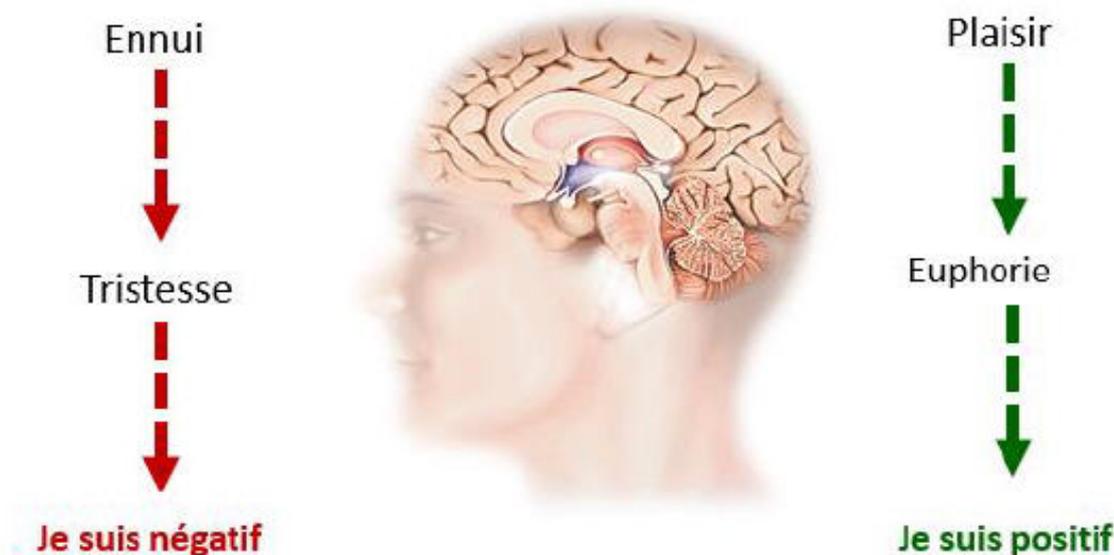
Il obtient l'un et/ou l'autre en prenant des substances ou en fonction d'un comportement

Nous avons 3 parties dans notre cerveau :



Nous avons tous à l'intérieur de notre cerveau une façon de vivre, d'interpréter les choses. Nous avons tous une échelle du plaisir avec un côté positif, un côté négatif. En fonction des événements, des comportements nous avons des hauts et des bas. L'échelle des plaisirs si on prend le côté négatif, l'ennui peut conduire à la tristesse, quand on n'est pas bien ou qu'on est triste ou d'autres maux qu'on peut imaginer, vous êtes négatifs. Par contre si on a du plaisir, on est euphorique, on est positif. La base même d'une addiction qu'elle soit avec produit ou comportementale c'est un dérèglement de la chaîne du plaisir. Le corps humain repose sur une balance comme la balance Roberval avec les 2 plateaux. Si on veut que cela fonctionne bien dans sa tête, dans son corps, dans ses relations extérieures, il faut que les plateaux soient équilibrés. S'il y a un déséquilibre quelque part, on va essayer de le compenser, on va essayer de trouver un comportement qui va nous permettre d'équilibrer ce plateau avec bien entendu, un certain nombre de conséquences.

L'échelle du plaisir



Une addiction c'est un déséquilibre permanent de l'échelle du plaisir

Nous ne sommes pas programmés pour une absence de plaisir bien au contraire. Mais quand l'envie se transforme progressivement en nécessité, quand cette nécessité devient plus forte que le plaisir, quand la nécessité cesse d'être un plaisir pour devenir obsédante, envahissante au détriment de tous les investissements affectifs et sociaux alors ce n'est plus un plaisir mais une

DEPENDANCE

Tous les mécanismes vitaux, aussi variés qu'ils soient, n'ont toujours qu'un but, celui de maintenir l'unité des conditions de vie dans le milieu intérieur, dans notre corps.

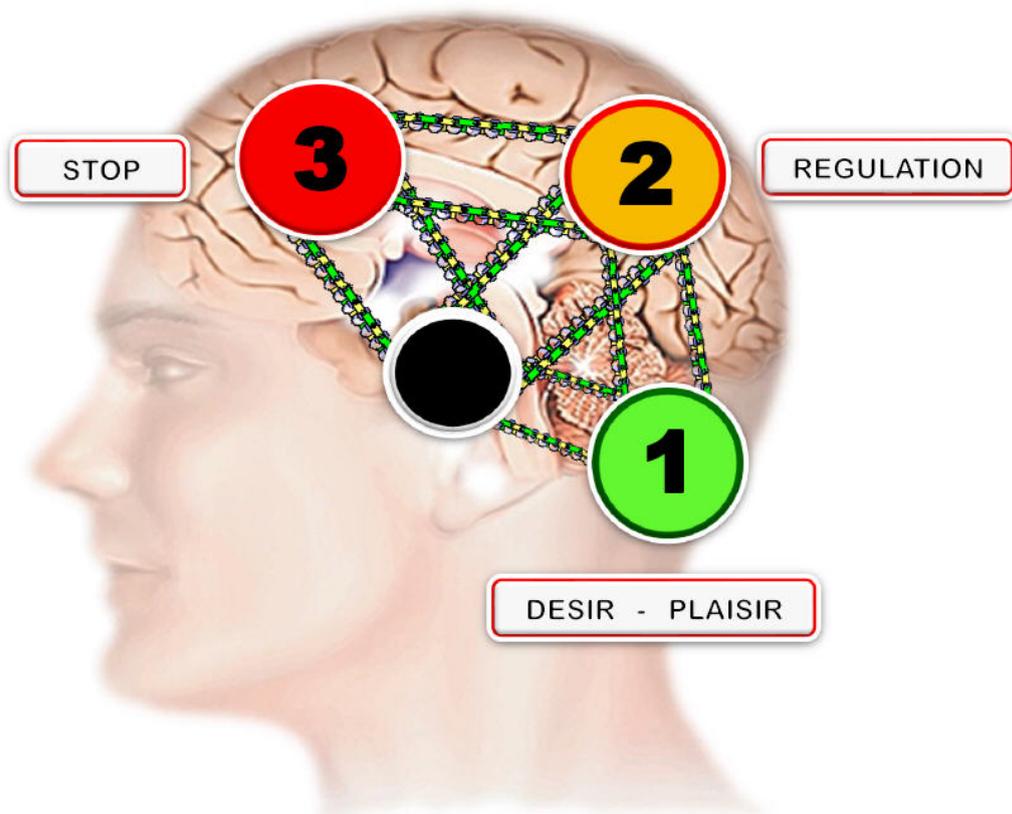
En clair, face à une perturbation venant du milieu extérieur, l'organisme va réagir de façon à maintenir constants les paramètres internes.

Par exemple si on est exposé à une forte chaleur, l'organisme réagit comme un radiateur en ouvrant en grand tous les capillaires sanguins afin de dissiper la chaleur ; à l'inverse en cas de froid, les capillaires sont tous fermés pour conserver la chaleur.

Ce principe a un nom : **l'équilibre**

FONCTIONNEMENT COMPORTEMENT « STANDARD »

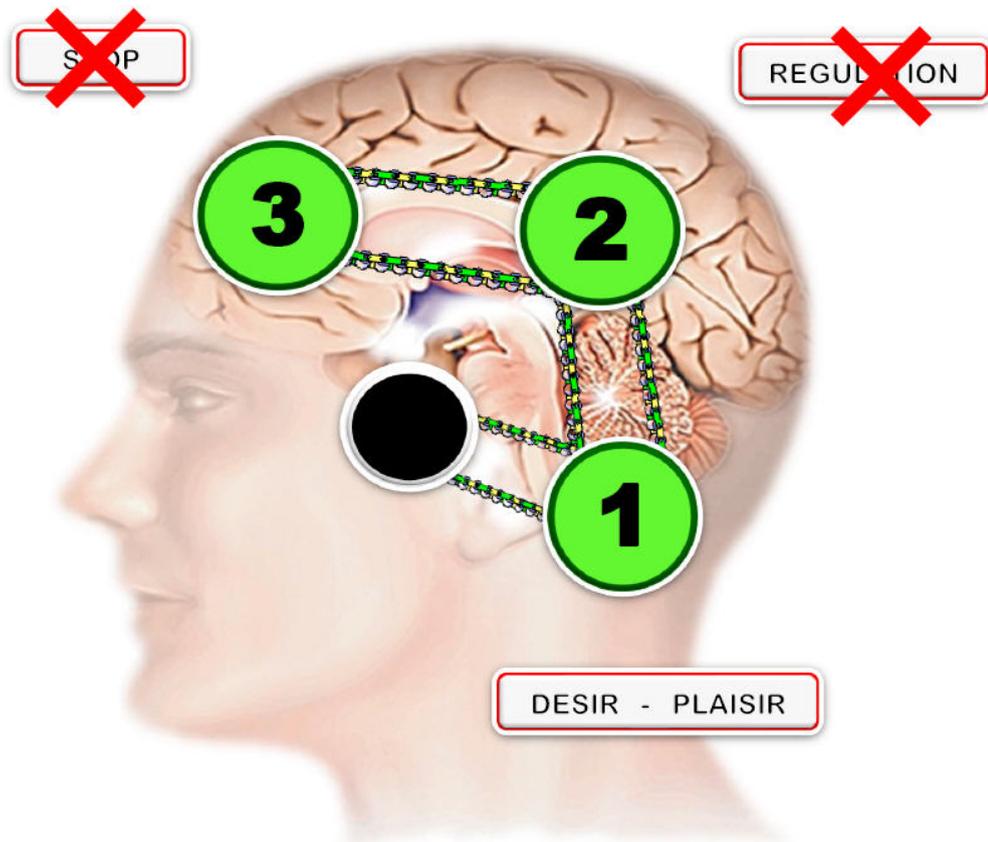
Les plaisirs naturels sont régulés selon le mode suivant...



Dans le système de récompense, vous avez une sorte de régulation. Ensuite cela va passer au cortex qui lui a reçu en principe les informations des deux précédents. Lui va décider ce qu'on fait, ce qu'on ne fait pas, c'est oui ou c'est non. Si c'est pas bon dans un certain cas pour les comportements qui ne sont pas addictifs le cerveau dit : « ça ce n'est pas bon, on stoppe, on ne fait pas c'est dangereux ». Par contre, quand on est dans un comportement addictif, votre comportement agit directement sur les voies de la récompense et c'est dans ce système-là que

tout va se transformer parce que le système de récompense va lui parce qu'il est tellement habitué à faire ce qu'il ne faut pas qu'il n'aura plus de régulation, lui va analyser, il va transmettre pour réguler, l'autre a beau dire le contraire, il n'a plus aucun pouvoir, C'est là que c'est non. Les comportements addictifs agissent directement sur les voies de la récompense en maintenant indéfiniment la tension du désir et du plaisir en faisant disparaître la régulation et l'arrêt.

FONCTIONNEMENT COMPORTEMENT « ADDICT »



Souvenez-vous quand vous étiez addicts de l'alcool, vous aviez beau dire stop j'en ai assez pour aujourd'hui, le cerveau disait : « moi il m'en faut ». Si vous n'aviez pas la dose le soir, il fallait la trouver le lendemain, malgré que lui inconsciemment disait il ne faut pas le faire, vous n'aviez plus la capacité de régler votre problème. Cela confirme ce que je disais tout à l'heure, étant donné que le cerveau a trouvé quelque chose qui faisait fonctionner anormalement, il n'a plus besoin de se casser la tête pour fabriquer un neurotransmetteur, la dopamine, puisqu'il a trouvé quelque chose qui le faisait à sa place, il est tranquille c'est les autres qui vont faire le boulot à ma place. Voilà dans le comportement addictif comment cela se traduit.

Cà c'est une première chose au niveau du cerveau.

Il y a une deuxième chose aussi qu'on a de régler nos affaires, notre comportement de tous les jours

Le comportement humain est régi par deux types d'actes :

LE PREMIER L'ACTE D'HABITUDE

L'habitude c'est très simple c'est une sorte d'automatisme appris une fois, comme par exemple tendre le bras droit pour appuyer sur un interrupteur lorsque l'on entre dans une pièce non éclairée la nuit, faire du vélo etc... On ne se pose pas de question, c'est naturel

On ne réfléchit pas, on ne s'interroge pas sur la valeur de l'acte que l'on va effectuer. Le contexte de l'acte d'habitude nous « pousse » à entreprendre une action

LE DEUXIEME L'ACTE DIRIGÉ

Dans ce cas, l'action est précédée d'une représentation des conséquences immédiates ou à long terme ...

On réfléchit, on évalue les motifs qui nous poussent ainsi que la récompense, le bénéfice qu'on en tirera et au final, on décide de la réaliser ou non.

Dans le cas de l'acte dirigé il y a une prise de conscience

Les deux modes de fonctionnement coexistent et s'équilibrent.

Quand vous ouvrez votre ordinateur, vous vous dites je n'en ai pas pour longtemps, je regarde mes mails, je vais sur un fichier et après je boucle. Vous savez que vous allez faire quelque chose mais ensuite vous êtes pris dans le contexte, vous y passez 5 mn, 10 mn, 30 mn, vous avez déjà mis le pied à l'étrier, vous avez déjà un peu soupesé les conséquences que cela peut apporter.

Lorsqu'il s'agit d'un usage occasionnel et /ou récréatif il s'agit d'un acte **DIRIGÉ**.

CELA DEVIENT UN ACTE D'HABITUDE.



Toutefois avec une addiction du comportement, les choses peuvent changer progressivement, cela devient un acte d'habitude qui prend le pas sur l'acte dirigé. C'est quand le pas est pris sur l'autre que cela devient un comportement addictif. On poursuit l'action bien qu'on en ait conscience, que cela aura des conséquences néfastes tant sur le plan physique et/ou que psychologique ce qui veut dire que l'action est une maladie du cerveau.

L'addiction est une activité qui stimule le cerveau, elle peut être considérée au départ comme un comportement par lequel la répétition des actes est susceptible de provoquer du plaisir ou soulager un malaise intérieur. Cependant en fonction des vulnérabilités et des événements de la vie, ce comportement peut basculer vers la maladie addictive proprement dite. Voilà en quelque sorte comment on peut arriver à un comportement addictif.

Je résume c'est toute la valeur qu'on va accorder à ce stimuli, chose qui va stimuler notre cerveau, faire en sorte que vous aurez un comportement addictif ou non, vous ouvrez la porte, vous arrivez dans la cuisine, où il y a un frigo, dans votre tête vous vous dites qu'est-ce qu'il peut bien y avoir dans ce frigo ? Votre cerveau commence déjà à cogiter. Vous imaginez qu'il y a un super gâteau, ou un gros bout de fromage, je ne sais pas quoi à l'intérieur. Si par contre vous venez de déjeuner, vous attachez peu d'importance à ça, j'ai mangé il n'y a pas longtemps, le gâteau on verra ça plus tard, je m'en fous. L'affaire est classée toute suite, il n'y a pas besoin de plaisir, vous l'avez eu il y a quelques instants. Par contre s'il y a plusieurs heures que vous n'avez pas mangé, vous imaginez le super gâteau ou le morceau de fromage et plus vous avancez vers le frigo, vous arrivez à la porte du frigo et plus dans votre tête le plaisir remonte, sans l'avoir vu, dans votre tête c'est comme si vous l'aviez déjà mangé et là, tout le mécanisme se met en place. Quand je disais tout à l'heure, on ouvre l'ordinateur, si c'est simplement pour consulter un petit truc, j'ai revu ma copie, il n'y a pas de souci, cela se passe bien, on referme l'ordi 5 mn après. Par contre si vous êtes sur un jeu, justement c'est la particularité, je ne peux pas m'arrêter là car après j'ai tout perdu donc on va appuyer sur la touche suivante et puis vous y passez 5 mn, puis une demi-heure parce que vous êtes pris à l'hameçon. Voilà en gros comment notre cerveau fonctionne la valeur de l'objectif est connue, la décision est réfléchie, elle nous appartient pleinement.

Il s'agit soit de rechercher les effets euphorisants, soit ses capacités de médication (réduction de l'anxiété ou d'un désordre interne

Toutefois, avec la répétition du comportement, les choses changent progressivement, deviennent plus automatique,

Cette théorie de bascule vers un comportement d'habitude est l'une des caractéristiques de l'addiction

LES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Qu'est-ce qu'on appelle une addiction comportementale ?

Toutes les addictions ne sont pas comportementales. Certaines catégories d'addictions ne sont pas encore classées en addictions comportementales par le milieu médical.

Même le numérique par contre il y a beaucoup d'insinuations que cela ne va pas tarder à le devenir, quand on voit l'usage du téléphone portable, l'usage qu'on en fait maintenant n'a plus rien à voir avec un usage du téléphone. Votre téléphone ou votre smartphone il fait tout je dirais à la limite pour certains il ne sert même plus à téléphoner, encore ce n'est pas pour refuser le progrès technologique mais c'est quelque chose d'affolant.

Les **5 C** de l'addiction

- ① Activité **C**ompulsive
- ② Usage **C**ontinu
- ③ Envie irrépressible **C**raving
- ④ Perte de **C**ontrôle
- ⑤ Malgré les **C**onséquences

Vous transposez l'envie irrépressible que nous avons eu par rapport à notre produit, à l'ordinateur. Il y a perte de contrôle à un moment donné. On ne peut plus rien réguler par extension, on considère que les comportements compulsifs, qui peuvent mettre la santé, l'insertion sociale de la personne en danger, et qui peuvent nécessiter un sevrage, sont des addictions.

Dans le cas d'une addiction comportementale, le produit est remplacé par un comportement

On retrouve exactement le même principe et les mêmes causes (excepté le produit) que dans le cas d'une addiction à une substance psychoactive. Certains comportements sont plus présents chez les femmes, comme la boulimie et l'anorexie. Les effets sont également identiques. Même au niveau de la santé, un addict aux jeux va présenter de graves troubles du sommeil. Même si l'addiction peut dans certain cas être moins délétère pour la santé, elle est très nocive pour la vie sociale car elle entraîne une désocialisation de soi.

Les principales addictions comportementales

Seuls les 4 premiers seront abordés ce jour



La cyberdépendance (internet)



Les écrans (smartphone)



les troubles du comportement alimentaire



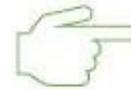
Le jeu pathologique



Les achats compulsifs



Le travail pathologique



La dépendance ou codépendance affective



Comme dans toutes les addictions le manque menace, lorsque les cyberdépendants n'ont plus d'ordinateur ils traversent une période de mal être avec l'impression d'être coupé du monde, de ne servir à rien, d'être déprimés

Le manque est plus léger que dans les addictions aux substances, mais en termes d'irritabilité, de troubles du sommeil, d'anxiété il est comparable au manque de cannabis

L'apparition des jeux en réseau où le cyberaddict peut jouer avec la planète entière 24 h/24 le renvoie à un sentiment d'inutilité, à l'idée douloureuse que le monde peut tourner sans lui s'il ne joue pas.

En ce qui concerne les ados, une histoire familiale difficile, des difficultés scolaires ou relationnelles ou une mauvaise image d'eux-mêmes poussent souvent ces amateurs à se réfugier dans un monde virtuel.

L'addiction aux jeux vidéo semble être la forme de cyberdépendance la plus importante en raison de plusieurs facteurs la compétition, l'idéal du MOI

On distingue plusieurs cas :

- les cyber talk-addict
- ceux qui cherchent dans un monde cybernétique une échappatoire à leur vie
- ceux qui cherchent un exutoire à des pulsions impossibles à assouvir dans la réalité

Dans le 1^{er} cas :

Les cyber talk-addict : celui qui communique à toute heure du jour ou de la nuit par mail ou « chat » et surtout par messagerie instantanée gratuite et confidentielle.

Ils resteront accrochés à leur messagerie en l'interrogeant plusieurs fois par jour persuadés qu'ils ne sont pas aimés si la sonnerie ne retentit pas plusieurs fois par jour, idem pour les mails, les accros seront rassurés d'en recevoir parfois 50 par jour même s'ils proviennent de gens qu'ils ne connaissent pas.

2^e cas :

Ceux qui cherchent dans un monde cybernétique une échappatoire à leur vie

L'addiction devient alors un refuge rassurant, un cocon protecteur.

Les jeux de types démineurs, téttris, solitaire se jouent de façon purement mécanique seuls les réflexes sont sollicités, l'objectif n'est autre que d'améliorer le score, la pratique de ce divertissement permet selon les utilisateurs de faire le vide, d'oublier les soucis quotidiens, de décompresser

C'est la pensée opérationnelle, une pensée focalisée sur l'activité elle détourne et soulage les angoisses de la vie réelle.

3^e cas :

Ceux qui cherchent un exutoire à des pulsions impossibles à assouvir dans la réalité

Ils s'expriment dans le jeu ce qu'ils s'interdisent dans la vraie vie. Comme par exemple le goût immodéré du pouvoir, le besoin de changer d'identité ou la recherche de la gloire.



LA DEPENDANCE AUX ECRANS « SMARTPHONE »

Un smartphone est un cordons ombilical psychosocial, c'est aussi un doudou rassurant selon le psychiatre et addictologue Laurent Karila, on dort avec, on se réveille avec et même lors d'insomnies le premier réflexe est de l'allumer.

Les utilisateurs de smartphones consultent leur appareil en moyenne toutes les 7 minutes 30 .

Même sans souffrir d'une réelle dépendance, les personnes ne se séparent pas de leur smartphone, on ne peut pas sortir sans, on ne peut pas s'empêcher de consulter sa boîte mail ou d'aller sur les réseaux sociaux, on peut être stressé à l'idée de ne plus avoir de batterie ou de WIFI ...

Les psychologues s'accordent à dire que cette dépendance est le plus souvent le fruit d'une carence, les réseaux sociaux par exemple répondent à trois besoins humains

- l'attachement
- l'appartenance à un groupe
- la reconnaissance

Si l'un de ces besoins n'est pas satisfait la création du « MOI » virtuel est idéal pour devenir un moyen de compenser. Dans de nombreux cas le « MOI VIRTUEL » a pris le dessus sur le « MOI REEL »

Il ne sert pas que de matrice mobile à un téléphone, c'est aussi, un appareil photo, une usine à selfie, un support pour des milliers d'applications connectées à Internet, un support pour les réseaux sociaux...

Il permet une communication en temps réel, de se rassurer et de tout vérifier à la seconde! Il facilite le maintien d'une proximité symbolique en réponse immédiate à toute sollicitation.

Qui n'aime pas ça?

Au-delà de son impact psychologique sur son utilisateur le smartphone a aussi tristement affecté les rapports humains et sociaux. Alors qu'à l'origine le téléphone portable est un outil permettant de favoriser la communication, aujourd'hui, il la tue...

Lors des repas, il n'est pas rare de voir chaque convive les yeux rivés sur leurs smartphones, chacun dans son univers, ne partageant aucun moment.

Il existe une composante dénommée "cyber-relations" avec les smartphones où les sujets pensent que leurs relations virtuelles sont plus fortes que des relations dans la vraie vie, qu'il y a plus d'intimité dans le virtuel et qu'ils ne peuvent plus se passer de ce genre de relations.

L'usage addictif du smartphone a aussi de nombreuses conséquences. Le smartphonaholic continue à s'en servir malgré la connaissance de ces conséquences négatives.

Sur le plan physique, sont décrits des troubles de la vision (petites taches lumineuses flottantes par exemple), des douleurs aux poignets dues au fait de taper sans arrêt sur le téléphone ou de le tenir dans une certaine position, des douleurs au cou en raison de la position adoptée pour lire, écrire, échanger sur son smartphone.

Sur le plan psychique, l'anxiété, les signes dépressifs, les troubles du sommeil sont monnaie courante également. Il existe des troubles de la concentration qui ont un impact sur la vie quotidienne en termes de performances scolaires, au travail.



LE JEU PATHOLOGIQUE

Très souvent, la pratique des jeux de hasard et d'argent est contrôlée et la perte d'argent est acceptée par la personne ; celle-ci ne ressent donc pas le besoin de rejouer pour compenser ses pertes. Dans ce cas, on ne parle pas d'addiction.

Le parcours du joueur ayant une addiction aux jeux est tout autre. Il comporte trois phases successives :

- la phase de gain, souvent initiée par un apport important d'argent. Le jeu est alors vécu comme agréable et le joueur est euphorique.
- la phase des pertes. Celles-ci sont vécues par le joueur comme une attaque. Elles le poussent à rejouer pour tenter de regagner l'argent perdu. Les difficultés financières commencent alors à apparaître.
- la phase de désespoir. Les pertes d'argent sont alors importantes. Le joueur désespéré perd le contrôle de sa pratique ; il continue à jouer malgré les dommages qu'il subit.



L'ADDICTION AUX JEUX VIDÉO (GAMING DISORDER)

La pratique des jeux vidéo est assez courante ; selon une étude du Centre national du cinéma et de l'image animée, 70 % des Français ont joué à un jeu vidéo, dont 10 % à des jeux en ligne, sur les 6 derniers mois précédant l'enquête. Ce sont surtout les adolescents (46 %) qui s'adonnent à cette activité sur une moyenne 3 heures par semaine.

Les jeux les plus utilisés sont :

- les jeux compétitifs tels que les jeux de stratégie, les jeux de tirs ;
- les jeux de rôle en ligne qui mettent en avant les relations dites « sociales ». Les joueurs se mettent alors en équipe pour affronter des défis créés par les développeurs du jeu.

L'installation de l'addiction aux jeux vidéo

En moyenne, 3 % des Français présentent un risque d'addiction aux jeux vidéo, c'est-à-dire une perte de contrôle de cette pratique, que les jeux soient en ligne ou non, voire des jeux numériques.

Le jeu prend alors le pas sur les autres centres d'intérêt et activités quotidiennes ; la poursuite du jeu ou sa pratique devient primordiale, malgré les répercussions dommageables sur la vie quotidienne, les activités familiales, sociales, éducatives ou professionnelles. Le profil moyen des personnes à risque est un homme de 31 ans, sans emploi.

L'addiction au jeu se développe en plusieurs phases :

- le jeu devient la principale activité de la personne et occupe son temps et ses pensées. Puis, le jeu permet de « soigner » son humeur et ses pensées négatives. Progressivement, le temps de jeu doit être augmenté pour obtenir le même niveau de plaisir.
- une détresse psychologique avec des troubles de l'humeur, des insomnies, etc. apparaissent dès que la personne ne peut pas jouer. C'est le **syndrome de manque**.
- des retentissements psychologiques et sociaux apparaissent. Les tentatives d'arrêt de jeux échouent et une rechute survient avec augmentation du temps de jeu.

Restez attentif au temps passé devant les jeux vidéo

Tout joueur utilisant les jeux numériques ou vidéo ne souffre pas d'addiction. Tout joueur doit cependant surveiller le temps consacré à cette activité et faire attention au retentissement du jeu sur :

- sur ses activités quotidiennes (sociales, scolaires et professionnelles).
- sa santé physique et mentale.



Les troubles du comportement alimentaires « T . C . A »

On retrouve dans la plupart des expressions de troubles du comportement alimentaire les mêmes comportements addictifs que dans les conduites de dépendance à un produit psychoactif : la personne est alors dépendante de sa maladie comme d'autres le sont d'une substance (alcool, drogues, médicaments) ou d'une addiction comportementale comme le jeu pathologique, la dépendance affective à une autre personne, ou les achats compulsifs.

En effet, la personne anorexique ou boulimique est dans l'urgence du besoin (craving) et de la satisfaction comme c'est le cas dans d'autres dépendances

Elle perd le contrôle de son comportement, est dans le déni par rapport à la gravité de sa maladie et en constante recherche de sensations fortes. Au travers de ce comportement addictif, la personne qui souffre d'anorexie ressent un certain plaisir lié au fait de jeûner et celle qui souffre de boulimie, un état d'euphorie avant, pendant et/ou immédiatement après la crise.

. CADRE CULTUREL ET SOCIAL :

Les troubles alimentaires se sont développés essentiellement dans les sociétés de type occidental où la nourriture est abondante et où, paradoxalement, la minceur, le contrôle de son apparence et de son poids sont associées à l'idée de beauté, de performance, d'efficacité et de réussite.

- Pressions sociales
- Images du corps idéal
- Idéal de perfection
- Régimes

L'adolescence est une période particulièrement à risque ; c'est à ce moment-là que se déclenche une grande partie des troubles alimentaires. Il y a des origines à la maladie, et il y a aussi des causes qui la maintiennent.

Le trouble du comportement alimentaire apparaît pour signifier que quelque chose de plus profond ne va pas.

On estime que 9 à 10% des femmes adultes souffrent de problèmes alimentaires de type compulsif, c'est-à-dire comportant une difficulté à contrôler la prise de nourriture et une attention exagérée pour le poids et la silhouette.

La réalité se situe probablement au-delà de ces pourcentages, car on sait que les personnes souffrant de boulimie ont honte et taisent leur maladie, se soustrayant ainsi aux statistiques.

Un autre constat inquiétant est le nombre croissant de filles très jeunes concernées par la maladie (12-14 ans).

Enfin, si ces maladies touchent surtout des femmes, les hommes ne sont pas épargnés.

On estime qu'ils représentent 10 à 15% de l'ensemble des personnes concernées par un trouble alimentaire.

Les facteurs psychologiques :

- Mauvaise estime de soi
 - Souci de plaire et d'être aimé
 - Difficulté à s'affirmer
 - Très forte sensibilité
 - Difficulté à grandir, angoisse face au fait de devenir adulte
- La personne souffrant d'un trouble alimentaire peut avoir été victime d'un événement traumatique (violence, abus, etc...)

La sphère familiale et la façon d'aborder les émotions dans le cadre familial :

- Difficultés à communiquer et à exprimer ses émotions
- Importance de l'apparence
- Confusion des liens
 - Parentification (inversion des rôles parents-enfants – l'enfant doit assumer des responsabilités d'adulte)

- Grandes attentes et tendance à souligner les performances

Les conséquences :

Les perturbations du comportement alimentaire peuvent apparaître sous bien d'autres formes encore. Il est important de s'en inquiéter lorsque la préoccupation pour la nourriture et le poids prend une place excessive et entraîne des répercussions sur le quotidien.

On estime que 30 à 40 % des syndromes partiels évoluent en syndromes complets.

Les conséquences psychiques des troubles atypiques sont très proches de celles correspondant aux syndromes complets :

- Baisse estime de soi,
- Dépression,
- Repli sur soi.

Peu d'études se sont penchées sur les conséquences somatiques.

On observe toutefois fréquemment :

- Des troubles gastro-intestinaux,
- Des vertiges,
- Des troubles du cycle menstruel,
- Un retard de croissance chez les jeunes,
- Une hypotension.

Pour conclure :

Usage, abus, dépendance, tel est le parcours des addictions. Il n'existe pas de gène responsable, ni d'écriture, ni de parents responsables. Tous ces paramètres peuvent être en jeu pour déclarer l'addiction. La seule certitude que je possède, en référence à mon parcours addictif : alcool et tabac se résume à une constatation partagée par divers addictologues. Les addictions concernent toutes des personnes hypersensibles, des personnes à fleur de peau, en état de cogitation et de rumination permanente. Ces personnes ne connaissent pas la liberté de l'esprit. Le comportement addictif qui les gouverne semble s'imposer comme un airbag, un baume intime apaisant, une bande d'arrêt d'urgence sur l'autoroute de leurs émotions et leurs pensées incessantes et exténuantes dans un premier temps car surviendra inévitablement un déséquilibre psychique et social lié à leur dépendance. Dans ce cas, la bande d'urgence se révélera encore plus dangereuse encore que l'état antérieur.

Les technologies modernes font partie intégrante de notre vie dans cette SGV (société à grande vitesse). Prenez l'exemple des enfants nés au début ou au milieu des années 2000, ils connaissent les lecteurs mp3 microscopiques pour écouter de la musique, utilisent des clés USB

à la mémoire "démentielle" pour tout stocker, manient mieux les écrans digitaux que n'importe quel adulte, Facebook, tweeter, échangent des textos à l'infini, Snapchat, Instagram... avec des smartphones qui font tout. Cependant, il n'y a pas que les enfants

Début 2015, 336 millions de smartphones ont été vendus dans le monde, soit une hausse de plus de 19 % comparativement à 2014. Le top 5 mondial des ventes est dominé par les marques Samsung (numéro 1 avec plus de 80 millions d'unités), Apple (plus de 60 millions d'unités), et des marques un peu moins populaires pour nos compatriotes français comme Lenovo (près de 19 millions d'unités), Huawei (un peu plus de 18 millions d'unités) et LG Electronics (un peu plus de 15 millions d'unités).

Les 20 applications les plus utilisées dépassent toutes les 4,5 millions d'utilisateurs uniques. Le téléphone mobile sera bientôt le premier médium numérique

Il existe un over-usage du smartphone devenu un outil plus que populaire de 7 à 77 ans. On le sort dans la queue du supermarché, en réunion quand on s'ennuie, pendant un cours, au feu rouge en voiture (même si c'est interdit maintenant!), en regardant la TV, en parlant avec d'autres. On s'endort avec, on se réveille avec. Il accompagne les insomnies. N'oubliez pas que passer un certain temps sur son smartphone le soir avant de s'endormir altère le sommeil. Il semble que certaines diodes colorées interagissent avec le rythme circadien.

La notion de vibrations et de sonneries fantômes est connue et peut être pathologique pour certains.

Nomophobie et AED (Angoisse d'Être Déconnecté)

La nomophobie est l'équivalent d'une anxiété de séparation mais avec son mobile! Cette techno-angoisse d'abandon peut être redoutable chez certains! L'inconfort loin de son smartphone aussi!

SOIREE AVEC BICHOU

Bichou de son vrai nom Romain Bougnard est un chanteur et animateur Français né le 13 octobre 1988 sur l'île de Tahaa en Polynésie Française.

Bichou est né en Polynésie Française, et a été adopté, il grandit dans le département du Vaucluse (84) dans la commune de Malaucène. Depuis son plus jeune âge Bichou assume parfaitement et sans complexes son homosexualité. Il souhaite que les mentalités changent. Bichou n'a jamais eu à son encontre de propos homophobes et, est plutôt bien accueilli partout où il passe. Il vit entre le Vaucluse, l'Ardèche et Paris. Côté cœur Bichou reste discret, bien que côté cœur sa vie est assez tourmentée. Il chante régulièrement au cabaret "Chez Michou" avec qui d'ailleurs il a une relation amicale qui dure depuis 4 ans. C'est, sans nul doute, ce qui fut pour Bichou un tremplin dans sa vie artistique. Bichou, comme beaucoup d'artistes, impose son style et son talent, il est aujourd'hui un artiste libre de ses choix et de ses engagements. Bichou reste en la matière un artiste très indépendant, et c'est ce qui fait sa force aujourd'hui. On dit de lui qu'il illumine les nuits ardéchoises et que le soleil du Sud s'en ressent. Durant l'année 2016 Bichou connaît une séparation douloureuse avec son compagnon de l'époque, ce qui lui vaudra deux mois et demi de congé forcé, séparation dont il ne se remettra pas

Bichou débute sa carrière à l'âge de 7 ans dans le département du Vaucluse au pied du Mont Ventoux, dans la commune de Malaucène. Il apprend le chant avec Hélène Guy la non moins célèbre chef de chœur du centre à Chœur Joie de Vaison-la-Romaine, mais aussi la créatrice de multiples ateliers de chants chorale pour jeunes et moins jeunes. Il intègre également la chorale des "Petits Chanteurs de Saint Joseph de Carpentras" dirigé par Gérard Maby, au sein de laquelle il restera 10 ans.

Bichou participe à de nombreux concours de chants dans la région PACA et remporte souvent les premiers prix. C'est à ce moment-là qu'il rencontre Bernard Minet, Noëlle Chatélet, sœur de Lionel Jospin ou encore Jacqueline Jonquet ex animatrice de radio, comédienne et chanteuse. Il chante en avril 2006 avec Bernard Minet, le célèbre tube "Bioman", lors d'une soirée à Vaison la Romaine réunissant les personnalités de ce milieu.

La même année, il reprend et enregistre une chanson : "Parle, Hugo, Parle" qui fut écrite pour l'association "La voix de l'enfant".

En 2009, Bichou revient à ses premières amours, l'animation, en effet il est animateur dans un village de vacances Ardéchois le Domaine Lou Capitelle mais également aux Balcons de Maurienne en Savoie dans la station des Karellis, station qui aura vu d'autres personnalités tels que Karimouche ou encore Thomas Dutronc.

Il rencontre ensuite Michou grâce à Allain Turban et revient sur le devant de la scène en se produisant au cabaret, il chantera à capella "L'aigle Noir" de Barbara, qui fut une amie de Michou tout comme Dalida et bien d'autres.

En mars 2010, Bichou est appelé à soutenir l'association "Petit Bruno" qui vient en aide aux enfants atteints de maladies orphelines. Il reçoit le soutien de Michou, Mireille Mathieu, Corinne Touzet, Cécile de Ménibus, Cali, Noëlle Châtelet ainsi que de Enriqué qui d'ailleurs accepte d'en être le parrain. Le 22 mai 2010 a lieu la première représentation de son nouveau spectacle, à Malaucène son village d'enfance dans le Vaucluse. Le 19 Juin 2010 il est l'invité de NRJ Avignon, pour parler de l'homosexualité auprès des jeunes. Il fait faire à la radio un nouveau record d'audience avec plus de 45% de part d'audience en pleine après-midi. Tout en continuant à chanter sur les scènes françaises, Bichou se fera plus discret.

En Janvier 2012, Bichou réapparaît pour les obsèques de la comédienne Rosy Varte, l'inoubliable Maguy.

Il est invité le 2 février 2013 par Allain Turban à l'Olympia pour le spectacle "La légende de Montmartre" avec Michou notamment, et d'autres personnalités. Le 22 février il est fait Chevalier des Palmes Académiques de la Culture. En Mars, il chante la chanson "le chat" du groupe Pow-Wow avec l'un de ses chanteur Ahmed Mouici. Le 18 juin il est invité pour les 82 ans de Michou et chantera en Normandie à Agon-Countainville le 22 Juin. Il est également chaque année l'animateur du Téléthon dans sa commune de Malaucène.

Il retrouve en mars 2014 le chanteur Ahmed Mouici mais également Cisko Herzaft pour une soirée placée sous le signe de la musique. En Mai 2014 il donne un concert à Vals-Les-Bains au "Petit Refrain" chez son ami Ponpon., Il donne également de multiples concerts au Domaine Lou Capitelle En octobre de la même année Bichou effectue son retour dans la capitale, et retrouve la personnalité des Nuits Parisiennes, connu dans la monde entier, son ami le célèbre Michou qui le fait de nouveau chanter sur la scène du Cabaret aussi célèbre que son illustre patron. Bichou retrouve également à cette occasion Jean-Luc Lahaye mais aussi Didier Bourdon. Il fêtera le 13 octobre 2014 ses 26 ans chez son ami le chanteur Ponpon à Vals-les-Bains, sont attendues une pléiade d'ami(e)s à Bichou de tout bord confondus. Depuis il chante

régulièrement au "Petit Refrain". Le Dimanche 4 janvier 2015 il apprend le décès d'un de ses ami artiste et connu du grand public Claude Chamboisier alias "Framboisier" leader du groupe Les Musclés durant les années Club Dorothée. Le 7 Janvier 2015, comme tout le peuple Français, il réagit aux attentats contre le journal Charlie hebdo en défilant à Aubenas, Vals-les-Bains et en Avignon avec un seul slogan JE SUIS CHARLIE.

Le Jeudi 18 Juin 2015 il est auprès de Michou pour ses 84 ans, avec notamment Nicoletta et Hervé Villard. Le 17 Octobre, Bichou fête "Au Petit Refrain" ses 27 ans entouré de Bambo Baliardo et de Rey (du groupe Chico and the Gipsy) et neveux du célèbre guitariste et chanteur gitan Manitas de Plata.

En juin 2016 il est invité à une grande soirée privée organisée en l'honneur de Michou pour l'anniversaire de ce dernier "60 ans de cabaret et 85 ans" le tout Paris est présent dont Alain Delon, Jean Paul Belmondo, Michel Drucker, Bernard Tapis ou encore Jean Luc Reichmann et Chantal Ladesou. Le 13 octobre 2016 le chanteur fête ses 28 ans en toute discrétion.

En Juin 2017 il est invité avec le chanteur Gilles Dreu, à se produire à Vals les Bains ils participent au Virades de l'espoir qui lutte contre la mucoviscidose.

En décembre 2017 il fête ses 29 ans entouré de Gilles Dreu, Yolande Chapuisat, Gilles Neuquelman et Laëtitia son épouse ainsi que Ponpon, 150 personnes assistent à cette soirée.

Le 3 Mars 2018 il est jury pour le 3éme concours de "La voix en or" à Aubenas. Celui-ci est présidé par la chanteuse Desireless, avec notamment Auguste Wood (La France a un incroyable talent) et Sahna (the Voice kids). En marge du mouvement des gilets jaunes de novembre 2018, Bichou écrit des paroles sur l'air du chant des partisans, qu'il rebaptise le chant des manifestants, il prend donc position au sein du mouvement.

CONFERENCE Michel KAIRO

Bonjour à tous,

Je me présente, je suis Michel KAIRO. J'ai travaillé longtemps à l'Hôpital de l'Arbresle et parallèlement à mi-temps à la Clinique des Portes du Sud à Vénissieux. Je suis à la retraite maintenant au niveau de ces deux établissements. Je continue de faire des interventions au Chambon sur Lignon et à Létra au Centre des Bruyères. Je travaille encore jusqu'à la fin de l'année avec la Mairie de Lyon, dans la prise en charge des addictions dans le milieu du travail et je continue jusqu'à la fin de l'année prochaine à faire des formations dans des cliniques où on monte des unités d'addictologie un petit peu partout en France.

J'ai un parcours professionnel un petit peu particulier, dans la mesure où c'est mon passé qui m'a amené à me professionnaliser là-dedans. J'ai un passé évidemment avec l'alcool, les médicaments et d'autres produits, je n'en ai aucune gloire, mais c'est pour vous dire que c'est

à la suite de ça que je me suis formé professionnellement. A l'origine, je travaillais dans l'imprimerie, voyez que cela n'avait pas grand-chose à voir.

Donc ce lien particulier avec vous, je m'autorise à vous tutoyer et je vous invite à en faire autant, cela permet de prendre des raccourcis. On va essayer de lancer ce débat en plusieurs parties.

Je voudrai que ce soit simple, chaleureux, sans ambiguïté, c'est pour ça que je vais mettre un petit film de 5 mn qui est un peu sévère mais qui est réaliste par rapport à l'accoutumance, au mécanisme de tolérance, c'est un petit dessin animé et un deuxième qui est beaucoup plus léger, c'est l'effet des produits au volant. J'ai trouvé ça amusant pour détendre l'atmosphère et on va projeter 5 ou 6 photos. Après on attaquera le sujet.

Dans ce sujet je vous expliquerai la prise en charge de l'alcoologie, de la maladie alcoolique, ces particularités. On abordera ensuite le rôle essentiel des associations dans cette prise en charge et la réduction des risques qui occupe un champ d'actualités très intéressant à développer sur tous les points

Quelques affiches qui ont existées, pour vous montrer qu'au niveau de la prévention par rapport l'alcool, les choses ont changé et contrairement aux idées reçues, depuis le début du siècle dernier, on consomme de moins en moins d'alcool dans notre pays et dans les pays latins ce qui ne veut pas dire non plus qu'il y a de moins en moins de malades alcooliques, cela n'a rien à voir, il faut toujours faire la nuance que la prévention c'est quelque chose qui agit bien entendu sur les comportements des populations mais qui n'a pas d'impacts réels en fin de compte sur les gens qui sont pathologiquement malades, dépendants de produits. On voit bien là en 1938, ils buvaient du vin, ils vivaient joyeux.

Ricard sur toute la ligne, les cheminots qui ont besoin de tout leur esprit pour immédiatement adopter Ricard.

J'aime ma femme, j'aime la Kronenbourg, ma femme m'achète la Kronenbourg par 6, c'est fou ce que j'aime ma femme.

Ne prenez jamais la route aussitôt après un bon repas sans un petit verre de Cointreau

On dit que le houblon c'est bon pour le lait maternel, donc le houblon on le trouve dans la bière, on montre une femme qui a un beau sein, un beau bébé, un verre de bière et une autre femme avec un sein qui tombe et un bébé qui pleure, elle n'en a pas. C'est prodigieusement honteux. Il faut savoir que jusque dans les années 1970, la femme était présentée un petit peu comme ça dans un rôle de culpabilité. C'est Freud qui avait commencé dans cette époque-là on aura l'occasion d'en reparler.



On rentre dans le vif du sujet. Il me paraissait important de recentrer rapidement ce qu'était l'addiction. Une maladie multifactorielle qui touche le plan mental, le plan somatique, le plan comportemental ce qui implique une équipe thérapeutique pluridisciplinaire dans la suite de soins. La maladie alcoolique ou l'addictologie en général, c'est une maladie chronique. Comme toutes les maladies chroniques, on apprend à vivre avec, en se disant à un moment donné, je vais mettre toutes les chances de mon côté et ça implique aussi un suivi. Ce suivi il va s'articuler souvent avec un psychologue, la relation au psychologue est souvent essentielle. Quand je parle de psychologue cela ne veut pas dire qu'on va tomber dans la caricature du côté analytique où on est allongé sur un canapé et qu'on raconte sa vie avec un psychiatre qui ne répond rien du tout. Je ne pense pas et je n'engage que moi et on est plusieurs à penser ça, que le côté analytique n'est pas une bonne indication pour les gens qui sont addicts. Je préfère parler de thérapie dynamique. On va rencontrer des gens avec lesquels on va démarrer en donnant une aide disons dans le début de l'abstinence en disant à cette personne-là j'ai eu un début d'abstinence je me suis fait soigner, je n'ai plus d'antidépresseur, donc à un moment donné est-ce que vous pouvez m'aider dans mon début d'abstinence. Au départ cela commence comme ça et puis ensuite par des techniques de reformulation souvent qu'on appelle, la ou le psychologue va nous apprendre, ils ont nous apprendre à rationaliser l'émotionnel et très vite

on ira mieux. Dès l'instant où on va mieux, on va poser la première brique de notre psychothérapie. Au fait dans ma vie, il m'est arrivé ça, je voudrais bien en parler avec vous.

J'ai une amie que connaît bien Georgette, qui s'appelle Cécile PLANCHE qui est psychologue-addictologue-sexologue, qui un jour, nous posait cette question au Groupe Inter Alcool, elle nous disait comme ça : « qu'est-ce que vous dites à vos patients pour présenter un psychologue dans son travail ? Comment vous présentez les choses en une dizaine de mots. Cela nous semblait très difficile en une dizaine de mots, cela nous semblait plus facile en 10 pages. Elle nous dit : ce n'est pas compliqué. Il suffit de dire aux gens que la psychothérapie c'est une ou un psychologue, c'est rencontrer un tiers, quelqu'un qu'on ne connaît pas avec lequel on va penser sa vie. Encore le mot penser on peut l'écrire de deux façons la pensée et le pansement. Allez voir un psychologue ce n'est ni plus ni moins que d'aller penser sa vie avec un tiers, avec un professionnel. Quand on voit les choses comme ça, le fait de désinfectualiser le suivi en psychothérapie devient d'un seul coup plus intéressant et autant il est difficile de faire le premier pas il est encore plus difficile de se séparer de son psychologue.

Ensuite un médecin, un médecin addictologue qu'on va aller voir et qui peut très bien être son médecin traitant. J'entends des patients, quand j'étais en fonction, qui disaient : « oui, mon médecin c'est un con, il n'y comprend rien ». En général les médecins ne sont pas des cons, ce sont des gens éduqués qui savent ce qu'ils racontent, mais on oublie souvent que les médecins sont des hommes et des femmes comme tout le monde. Vous savez il y a un calcul qui est simple. On dit qu'il y a entre 4 et 5 % de malades alcooliques en France. S'il y a 4 ou 5 % de malades alcooliques sur une population de 70 000 000, cela veut dire qu'il y a 4 millions d'alcooliques en France, si on enlève les grands-mères et les enfants, ce sont 4 millions de personnes qui sont dans la vie actives et ça représente un problème de société important. En France, il n'y a que 1 200 familles, une étude qui a été faite il y a 2 ans cela veut dire que si demain vous faites une cousinade à Vogue, que vous faites un pique-nique géant dans votre famille que vous invitez les oncles, les tantes, les frères, les sœurs, les cousins germains vous allez vite vous retrouvez avec 80 personnes et dans les 80 personnes vous allez trouver un alcoolique, 2 ou 3 alcooliques.

C'est une maladie qui renvoie des souffrances à tout le monde y compris les médecins. Vous pouvez trouver des médecins qui vont s'intéresser à cette pathologie. Est-ce que cela leur rappelle quelque chose dans leur famille ou des médecins qui vont préférer déléguer à des confrères spécialisés car ça leur rappelle quelque chose dans leur famille. Il faut aussi intégrer la personnalité du médecin dans ce champ-là.

Au niveau comportemental, effectivement le mécanisme du groupe, de l'association. Vous savez si on se cantonnait juste au psychologue et au médecin, cela voudrait dire qu'à un moment donné, on reste dans la consultation, cela veut dire qu'on reste dans la confiance mais on perd la dynamique de groupe et effectivement on voit bien que dans toutes les postures où on travaille, la prise en charge est groupale parce qu'elle est très importante. Si jamais on se contente du médecin et du psychologue on perd la dynamique de groupe en cela le côté associatif est extrêmement important. Cette articulation c'est ce que je propose aux patients dans mes interventions. Il y en a souvent qui me disaient comme ça : « si je comprends bien, toute ma vie je vais être obligé d'aller voir un psychologue, d'aller voir un médecin, d'aller dans une association, je vais être obligé de parler d'alcool ». C'est pour ça qu'à un moment donné j'avais rationalisé les choses. Je pense qu'à un moment donné, les alcooliques ou les

addictés ont du mal à faire car chez eux, il y a un côté émotionnel. Je rationalisais en disant une psychothérapie une à deux fois par mois, 1 h 30 un médecin une fois par mois c'est 0 h 30, et un groupe dans une association, pourvu que la personne y aille deux fois par mois ça représente 3 h donc l'articulation de la prise en charge de cette pathologie chronique doit représenter 5 h par mois. Je leur disais pour une maladie chronique, si vous vous comparez à un diabétique ou quelqu'un qui est dialysé vous lui dites que 5 h par mois c'est trop, le type il va vous envoyer promener. A un moment donné, il faut remettre les choses à leur place mais c'est important d'avoir cette solidité, pourquoi ? On est tous sujet à ce qu'on appelle des vérités, une des vérités c'est lorsqu'on arrête le produit on va forcément mieux mais cela ne veut pas dire forcément toujours bien. Ah oui il y a la réalité de la vie et dans ces réalités de la vie on peut trouver tout ce qu'on peut rencontrer est dommageables, au niveau social, familial, ne serait-ce qu'au niveau des décès parce que cela fait partie de la vie, du deuil et il y a aussi ce qu'on appelle les dépressions cycliques, il y a des gens qui n'aiment pas l'automne, des gens qui n'aiment pas le printemps, il y a les anniversaires de deuil qui nous mettent dans un état de morosité, qui nous rappellent à la consommation. Dans ces périodes-là quand on peut les anticiper sur quelque chose qui est solide avec un coup de téléphone on peut passer de 5 h par mois à 5 h tous les 15 jours ou à 5 h par semaine. Puis desserrer la ceinture ensuite pour repasser à 5 h tous les 15 jours et à 5 h par mois mais pour avoir cette élasticité au niveau de la prise en charge il est essentiel d'avoir une base qui est solide. Je dis souvent que c'est une pathologie particulière dans le sens où on est obligé de consulter quand on va bien pour être sûr de voir quelqu'un quand on va mal. Il y a des gens qui me disent : « je ne veux pas aller voir mon médecin pour lui dire comme ça que je vais bien » car à un moment donné dans notre culture médicale on nous apprend à consulter lorsque l'on souffre ou lorsqu'on a mal. Si on applique cette culture médicale à l'addictologie et bien lorsqu'on va mal on va voir un médecin c'est trop tard car on a un rendez-vous dans 15 jours ou 3 semaines. Cela veut dire qu'il faut aller voir son médecin même quand on va bien. Il ne faut pas avoir peur de le faire. Je ne connais pas un seul médecin qui a refusé de le faire. Vous savez les malades alcooliques, ou toxicomanes ou autres produits, sont des gens qui négligent leur santé et quand on rentre dans l'abstinence, c'est aussi le moment de bilans, de faire les bilans qu'on a négligé puis c'est aussi l'occasion de parler de la famille, des enfants, etc... Il faut avoir ce rapport social avec le médecin, l'addictologue. Un bon médecin addictologue, c'est quelqu'un qui va prendre le temps de vous écouter et si vous avez un médecin traitant qui est capable de faire ça gardez-le. Si vous avez un médecin traitant qui est un très bon médecin mais qui à un moment donné est uniquement dans la pathologie alors à ce moment-là, trouvez un médecin dans l'addictologie, bien entendu.

Voilà un petit peu les choses. Sur le plan mental, je rappelle toujours car cela me tient à cœur, que la maladie de l'addiction particulièrement la maladie alcoolique c'est une maladie de l'émotion et une maladie du lien, c'est-à-dire que d'un côté il faut aller chercher le lien que j'entretiens avec le produit ou qu'est-ce que le produit est devenu pour moi parce que si on ne trouve pas une réponse à cela on ne comprend pas, vis-à-vis de l'entourage, vis-à-vis des autres, des gens qui parfois boivent de trop et qui ne sont pas pour autant alcooliques et on se dit : « pourquoi ça arrive à moi et pas aux autres ». Cette question peut nous ramener à notre propre déni. Il est important d'y répondre. C'est une maladie du lien quel est le lien que j'entretiens avec le produit ? Qu'est-ce qu'est devenu le produit pour moi. Souvent je cite un exemple où j'appuie volontairement sur les traits mais c'est plus parlant. Je dis : « imaginez un jeune homme qui a 25 ans, qui travaille. Ce jeune homme quand il rentre chez lui il est 17 h le temps qu'il rentre à la maison, qu'il prenne sa douche, qu'il se mette à l'aise, il est 19 h. A 19 h, c'est

un rituel avec sa femme, tous les soirs il boit un apéritif et comme apéritif, il boit un bon whisky pas un whisky de bar vous savez un whisky maison, bien tassé et ensuite il se met à table et là aussi c'est un rituel, et tous les soirs il boit 2 verres de vin et bien ce ne fait pas de lui un malade alcoolique par contre dans le jargon de l'alcoologie on dit que cela fait de lui un buveur toxique. Un buveur toxique c'est tout simplement quelqu'un qui boit de trop. En France cela représente 25 % de la population, c'est quand même pas rien.

Les alcoologues sont d'accord pour dire que l'alcool altère le corps à 75 % là aussi on parle de déni, on parle du déni du patient, mais on oublie de parler du déni médical et on oublie de parler du déni politique. Mais effectivement, il y a un déni médical. C'est qu'à un moment donné, les médecins, c'est Bac+8 et en 8 ans d'études on n'aborde absolument pas le sujet de l'alcool alors que c'est un produit qui altère le corps à 75 %. Il est toujours important de le rappeler.

Donc ça ne fait pas de lui un malade alcoolique mais ça fait un buveur toxique, c'est quelqu'un qui boit de trop et au bout de 15 ans, 20 ans à force de boire trop d'alcool, il va décompenser des pathologies qui sont liées à sa suralcoolisation, sa surconsommation. Il va peut-être développer de l'hypertension, s'il fait de l'hypertension il risque de développer un infarctus, s'il fait un infarctus, il va se retrouver à Neuro-Cardio. A Neuro-Cardio, on a fait des enquêtes sur 100 malades, sur 100 on a trouvé un peu plus d'alcooliques que sur la moyenne nationale, peut-être une dizaine mais les 90 autres ne l'étaient pas. C'est rarement des buveurs d'eau ou des mangeurs de salades. Voyez ce sont des gens qui vivent dans l'excès et l'excès à moyen terme, on peut payer l'addition et l'addition est chère. Je rappelle que l'OMS, il y a 2 ans disait que pour être certains que l'alcool n'altère pas le corps sur un plan physique et psychique, il ne faut pas dépasser 10 unités d'alcool par semaine avec 1 journée d'abstinence. Une unité d'alcool, je vous le rappelle c'est 4 cl de cognac, 12 cl de vin, 20 cl de bière, ça correspond à une unité d'alcool. Si quelqu'un consomme 10 unités d'alcool par semaine avec 1 journée d'abstinence, il n'est pas prouvé scientifiquement qu'il y a une altération sur le plan stomatique mais dès l'instant où on dépasse ces quantités, il y a effectivement la surexposition à l'alcool cette molécule va altérer le corps sur 75 % . C'est quand même énorme.

En face de chez lui, il a un voisin ce jeune homme, un voisin qui lui n'aime pas le vin, il n'en boit pas mais par contre tous les soirs il boit le même verre de whisky, même quantité, même degré, même marque, pas de problème de ce côté-là. Cela veut dire que le voisin sur un plan alcoolique boit moins, mais lui le voisin il vit seul, il n'est plus dans cette dépendance qu'on dit culturelle, son verre de whisky il le boit avant de se coucher parce que c'est son anxiolytique, son somnifère. Vous voyez lui en buvant moins, il est en train d'entrer dans un processus addictif. Pourquoi ? Si l'alcool pour lui devient un médicament, très vite le corps va métaboliser la molécule psychoactive de l'alcool et ce verre de whisky va lui servir de somnifère ou d'anxiolytique au bout de quelques semaines, de quelques mois, il n'aura plus son effet. Alors à partir de là, qu'est-ce qu'il va faire ? Il va en boire deux non pas pour rentrer dans l'ébriété mais pour retrouver l'effet anxiolytique qu'il avait avant avec le premier. Ensuite il va encore s'écouler quelques semaines, quelques mois puis ses deux verres de whisky ne jouant plus le rôle d'anxiolytique, de somnifère, il va en boire un troisième pour retrouver l'effet anxiolytique du premier verre. Alors là en fonction si je suis un homme ou une femme c'est important, de l'âge que j'ai, si je fais 40 kg ou 100, cela rentre aussi en ligne de compte, au bout de 3 ans, 5 ans, cet individu va se retrouver à culbuter une bouteille de whisky tous les soirs alors que l'autre qui est dans une mauvaise habitude va être capable de gérer sa mauvaise

habitude. Voyez la différence qu'il y a entre les deux et c'est en cela qu'on dit que c'est une maladie du lien, c'est le lien que j'entretiens avec le produit. Qu'est-ce que le produit est devenu pour moi et c'est valable pour tous les produits psychoactifs.

Ensuite une maladie de l'émotion, ce n'est pas un hasard si tous les malades alcooliques et beaucoup de gens qui sont dans la toxicomanie ont des problèmes émotionnels. Ce sont des gens hyper émotifs, hyper sensibles, ce n'est pas une tare. Il vaut mieux être hyper émotif, hyper sensible que d'être un con ou une brute mais il ne faut pas qu'à un moment donné on en soit victime mais le problème c'est que notre hyper émotivité chez nous elle devient pathologique. Là aussi, il y a un gros travail au niveau de la psychothérapie. Freud nous disait comme ça lorsqu'un enfant vient au monde, il n'a pas la conscience du Moi, le bébé pense que lui et sa mère ne font qu'un. Il faudra attendre l'expérience du miroir où le bébé va chercher sa mère dans le miroir et ne la trouvant pas il va prendre conscience du Moi, qu'il existe indépendamment de sa mère. Ensuite il y a la période de l'idéal du Moi, ensuite l'œdipe et le sur moi. Dans la période de l'idéal du moi, je caricature volontairement c'est la période où l'enfant va ressentir une sur affection de la part de ses parents. On lui dit « tu es le plus beau, tu es le plus gentil, tu es le plus intelligent, tu es la merveille de ma vie ». Chose essentielle pour narcissiser le bébé, pour qu'il apprenne à s'aimer tout simplement.

Freud nous dit : qu'il suffit dans cette période que le bébé ressent des sentiments d'abandon pour qu'il se crée des failles narcissiques. Alors là, on n'est plus du tout d'accord avec Freud, à l'époque de Freud il y a des bouquins très intéressants, à l'époque de Freud il fallait toujours que ce soit de la faute de quelqu'un et ce quelqu'un c'était la mère. La mère elle n'y est pour rien là-dedans, mais effectivement ces sentiments d'abandons ils peuvent être dus à de multiples choses et le bébé va se sentir mal aimé et ne pas s'aimer lui-même. Olivenstein le définit très bien, il dit : lorsqu'un toxicomane, il ne parle jamais de produits mais de produits psychoactifs. Dans le champ de la toxicomanie il parle aussi des alcooliques. Il dit que quand un toxicomane se regarde dans un miroir, l'image que lui renvoie le miroir il ne peut pas la saquer, on ne s'aime pas, ou on n'aime pas ce que l'on est, où on aime pas ce que l'on est, on rencontre un produit psychoactif et sous l'influence de ce produit on va supporter l'autre image au pire on va devenir un avatar, c'est-à-dire quelqu'un qu'on n'est pas en quelque sorte et là il y a un pacte qui se crée, un lien sacré et j'ose le dire, un lien d'amour qui se crée avec le produit c'est-à-dire c'est le produit qui va nous permettre de vivre mieux, d'aller bien.

Je m'en rappelle dans des consultations, particulièrement des femmes qui me disaient : moi, Michel si jamais dans ma vie il n'y avait pas eu l'alcool, je me serais foutue en l'air ce qui veut dire qu'à un moment donné, c'est un produit qui m'a aidé à vivre, avant de me défoncer en quelque sorte.

Lorsqu'on entend des gens dire qu'il y a des produits plus difficiles à arrêter que d'autres, c'est une foutaise. Il est aussi difficile d'arrêter l'alcool que d'arrêter l'héroïne, ce qui est difficile d'arrêter ce n'est pas le produit mais c'est le lien, l'histoire qu'on entretient avec le produit. Si on se trompe de cible, on passe complètement à côté, c'est très important de le rappeler à ce niveau-là.

Donc maladie du lien et maladie de l'émotion.

Gestion de la rechute

- La rechute fait partie de la maladie !

- Ce n'est pas la banaliser, au contraire c'est prendre conscience qu'il faut tout mettre en œuvre pour l'éviter
- Baptiser automatiquement de rechute la moindre prise de produit accentue la déception et la culpabilité
- «Rechute» : terme de culpabilisation : récurrence d'une maladie ! Aussi religieux : retour à la même faute ; au même vice !
- Conception médicale-morale de la dépendance
- La rechute n'est pas une faute que par rapport à l'idéal d'abstinence
- L'écart : le dérapage (slip en anglais) glisser, déraiser !
- La reconsommation: (lapse en anglais) prise du produit pendant plusieurs jours de plusieurs prises, mais pas de signe de réinstallation de la dépendance
- La rechute : (relapse en anglais) Dépendance à nouveau active. Relapse = retour à l'hérésie.

Là d'un seul coup on fait un gros pas en avant quand on parle de l'addictologie moderne et de l'ancien discours de l'alcoolologie lorsqu'on revient avant ou après-guerre. Là effectivement on s'aperçoit qu'il y a des mots qui sont culpabilisants. Déjà le mot rechute que je n'aime pas car il y a déjà le mot chute, je préfère parler de re consommation ou de ré alcoolisation. Il y a des mots qui, à un moment donné qui peuvent être contre thérapeutiques. C'est très difficile de les supprimer de notre langage pour la simple raison c'est qu'ils sont ancrés depuis tellement longtemps mais à un moment donné il faut quand même rappeler cela.

L'abstinence je vous appelle à en débattre là-dessus. Il est évident que l'abstinence est idéale au niveau de la prise en charge par rapport à notre problématique. Vous en êtes conscients et même plus conscients que les professionnels de santé mais ça ne veut pas dire pour autant que tout le monde peut s'inscrire dans l'abstinence. Là aussi il y a une approche qu'il faut faire parfois avec subtilité. Dire à un patient au début de son contact avec la prise en charge avec une association, lui dire par exemple : « plus jamais une goutte d'alcool, plus jamais un produit psychoactif, plus jamais rien ». Du fait que cet homme-là ou cette femme-là n'est pas prêt à entendre souvent il va tomber dans la dérision, dans la caricature et il va rejeter cette idée-là. C'est un peu lacanien cette histoire vous savez, cela me fait penser un peu à mon histoire quand j'étais dans le produit où j'attendais un collègue avec impatience parce qu'il buvait autant que moi, il avait été chez le médecin, j'étais impatient et curieux de savoir ce qu'il lui avait dit. Le médecin lui avait dit, il me dit : « c'est un con ». Ce n'est pas une réponse. « Il m'a dit d'arrêter de boire ». Mais le médecin ne lui a jamais dit d'arrêter de boire parce que si on arrête de boire on meurt à par Jésus Christ qui a tenu 21 jours et encore cela reste à prouver. Arrêter de boire c'est égal à la mort. Il lui a dit « de s'arrêter de s'alcooliser » mais quand on est dans le produit on utilise le terme arrêter de boire pour montrer l'impossibilité donc à un moment donné. Lorsque je voyais des gens dans les groupes et encore aujourd'hui quand je vais dans les structures de cures et postcures je dis aux gens « plus jamais une goutte d'alcool je les invite à expérimenter l'abstinence ce qui est différent et plus atteignable dans le discours. L'abstinence ce n'est pas quelque chose où on signe, ce n'est pas une adhésion. L'abstinence c'est quelque chose qui se découvre, il faut être conscient aussi de ça. C'est quelque chose bien entendu qui se renforce. On est d'accord là-dessus. Il n'y a pas de mauvais malade, surtout les professionnels, ça fait 10 fois qu'il vient, 15 rechutes il ne s'en sortira jamais. D'un air de dire qu'il y a les bons malades et les mauvais malades. Il n'y a pas de mauvais malades il y a juste des malades qui ont des histoires plus compliquées. Vous savez j'ai connu une fille qui s'appelle Marie qui est toujours vivante d'ailleurs, qui est héroïnomane et alcoolique, Marie

son histoire n'est même pas racontable, c'est du Zola, c'est du Victor Hugo, c'est un truc épouvantable ce qui est arrivé à cette fille-là. Un jour à un moment donné, c'est au début où je faisais ce travail, je lui dis : « Marie tu sais avec ton hépatite C si tu n'arrêtes pas de boire tu risques de développer un cancer ». Elle s'est retournée vers moi et elle m'a dit : « Michel si je suis vivante, c'est parce que je bois ». Voyez donc à un moment donné cela montre aussi nos limites dans la prise en charge et Marie a le droit de se faire soigner aussi de temps en temps et de se reposer. Je crois qu'à un moment donné il faut être conscient de ça. Il y a beaucoup de gens qui peuvent intégrer une abstinence, pour certaines personnes c'est plus compliqué parce qu'il peut y avoir malheureusement de la maltraitance, des drames, des viols, des choses difficiles à se reconstruire. Parfois la personne, l'individu, le sujet est tellement cassé, que c'est quelque chose qui peut devenir une utopie mais il doit être accompagné.

Là aussi dans la réduction des risques, quand on accompagne ces gens, ils sont complètement dévastés, on ne peut pas voir les mêmes objectifs, mais le fait de les accompagner cela évite aussi qu'ils fassent n'importe quoi et ça c'est très important.

ETHIQUE DU SOIN

Vous connaissez ça mais les soignants ne le connaissent pas, pas tous. Ça vous êtes bien placés pour le rappeler.

Ecouter la souffrance et la demande

Savoir-faire l'avance de la parole (en cas de non-demande)

Savoir repérer l'urgence (rare).

Le plus souvent, se donner du temps mais pas trop

Faire avec l'ambivalence : balance décisionnelle

Tout le monde c'est ce que c'est que l'ambivalence et la balance décisionnelle ? Je fais une intervention spécifique là-dessus, cela veut dire que le produit j'associe la problématique de l'addiction à la temporalité. Si vous aimez mieux il y a un alcoologue qui écrivait « Être malade alcoolique devient un travail à temps plein ». Pareil pour la toxicomanie. Hors le temps n'est pas extensible une journée qui fait 24 heures n'en fera jamais 36 et plus le produit va prendre de la place dans la vie du sujet plus ça va être au détriment du reste et ce mécanisme de perte sociale malheureusement qui va faire sortir le sujet de son déni et lui faire prendre conscience de sa problématique.

Ecouter l'entourage sans trahir ni oublier que seul l'intéressé est acteur de son soin.

Etablir un contrat de soin et faire alliance thérapeutique. C'est très important, c'est une chose qui dans la culture médicale, il y a beaucoup de problématiques. Si vous aimez mieux, sans faire offense à aucun médecin mais depuis Ambroise Croizat, on a une culture médicale où le médecin est éduqué dans la toute-puissance qui a été renforcé par Pasteur avec la chimie. Après on a appris à soigner par les médicaments. Ce qui fait que le médecin n'étant pas éduqué à être confronté à l'échec et lorsqu'il est confronté à l'échec, pendant des années, des décennies il va se dire avec honnêteté, dans son propre déni il va se dire « cela ne peut pas être de ma faute donc cela ne peut être que de la faute du sujet ». A partir de là dans les années 1970, tous les addicts, malades alcooliques ont été orientés dans le cadre de la psychiatrie. Il faudra attendre après les années 60 on va parler de maladie alcoolique qui n'a rien à voir avec la psychiatrie. Vous voyez qu'à partir de là quand on demande à un médecin de faire alliance avec le sujet qui est malade, cela veut dire qu'à un moment donné, le malade se trouve dans une position de revendication et le médecin doit déterminer ce qu'il peut lui donner et ne peut pas lui donner mais il y a un contrat qui va s'établir, c'est quelque chose de complètement nouveau. Quand

vous allez voir un médecin pour une angine si il vous donne un antibiotique vous n'allez pas lui dire je ne veux pas celui-là mais je préfère l'autre, il ne l'accepterait pas dans sa propre culture. Là il se trouve dans des pathologies où si il n'y a pas l'adhésion du patient cela ne fonctionne pas. C'est vraiment quelque chose de nouveau et ce n'est pas dans tous les services, à par les services d'addictologie mais faisant partie d'une équipe de liaison, étant confronté à aller dans les autres services où on détectait les problématiques addictives je vous garantis que la discussion avec le médecin ce n'est pas gagné.

Aborder le sujet de l'alcool comme un autre (sans gêne ni attitude moralisante).

Pointer ce qui peut poser problème dans ce mésusage.

S'en tenir à ce que nous ressentons, percevons (contre transfert) du sujet.

Informé.

Respecter le temps du patient (là où il en est).

Inciter au changement : par étapes ; avec des objectifs modestes mais précis.

Être soi-même (soignant) au clair avec notre rapport à l'alcool ...

On trouve là aussi même dans le milieu professionnel au niveau des soignants, des problématiques d'alcool avec leur propre déni par rapport à ça.

Les contre attitudes thérapeutiques

- Le mépris,
- le jugement moralisateur,
- la déresponsabilisation, surprotection, pression de l'entourage,
- la précipitation, l'inertie,
- l'effet miroir « je bois autant que vous »
- le déni réciproque.

Vous savez le pire endroit pour un malade alcoolique, c'est d'atterrir dans les urgences. Nous les malades alcooliques on nous surnomme les bars tabacs. Il y a du boulot à faire.

Prise en soin de l'alcool dépendant

En plusieurs temps :

- préparation au sevrage, l'abstinence un moyen non un but nécessaire vital non suffisant,
- le temps du sevrage
- le maintien de l'abstinence.

Le sevrage

- Ambulatoire. Il faut faire attention. Il est vrai qu'il y a des gens malheureusement c'est une triste proportion car là aussi il y a un déni médical quand on parle de dépendance on pense dépendance physique et psychologique. Voyez la définition, or ça c'est un déni médical et c'est quelque chose de dangereux. Pourquoi ? Cela signifie que tant qu'on n'est pas dépendant physiquement en premier on ne serait pas dépendant du produit. C'est terrible et ça fait beaucoup de mal parce que déjà sur les 850 drogues qui sont déjà répertoriées il y en a moins d'une dizaine qui entretiennent une dépendance physique. C'est la définition de la problématique c'est une conséquence de la problématique, à force de boire mon corps devient dépendant.

La quantité c'est pareil, c'est une conséquence. On peut être alcoolique en buvant très peu. Particulièrement chez les femmes on trouve ce qu'on appelle le « boire compulsif » ou aussi la dipsomanie, ce sont des femmes qui peuvent rester abstinentes durant plusieurs semaines voir plusieurs mois mais sur un choc émotionnel elles vont boire une bouteille de whisky, une bouteille de vodka. C'est une attitude extrêmement dangereuse parce que le corps n'est pas prêt à encaisser une telle dose d'alcool, on se retrouve dans une overdose d'alcool où la patiente finit au mieux en réanimation ou elle peut mourir. C'est très dangereux et elle n'est pas dans la dépendance physique. Je crois qu'une dépendance quand on en parle en addictologie, elle est toujours d'abord psychologique et parfois elle devient physique. Si on l'expliquait mieux, ça permettrait de prendre en charge des patients ou des patientes qui prendraient conscience de leur problématique avant d'entrer dans le champ de la dépendance physique. Quand on parle de sevrage ambulatoire ça correspond effectivement à ces gens-là, des gens qui sont dans un début de dépendance à l'alcool et à partir de là il n'y a pas besoin d'une structure d'urgence pour la prise en charge. Mais bien entendu que si cette personne est dans une dépendance physique à l'alcool, il vaut mieux privilégier l'hospitalisation pour assurer un sevrage parce que l'alcool c'est la seule drogue qui peut entraîner la mort pendant une période de sevrage, les facteurs de risques sont extrêmement importants. On parle beaucoup de l'héroïne, en période de sevrage cela fait souffrir terriblement mais on ne risque pas sa vie. L'alcool par des déshydratations car c'est un produit qui déshydrate peut provoquer des déliriums tremens qui peuvent entraîner la mort. Ces gens-là ne sont pas concernés par le sevrage ambulatoire. Le sevrage ambulatoire est pour une personne qui est au début d'une dépendance, qui a une dépendance psychologique au produit mais n'est pas encore entré dans la dépendance physique. Ça peut être aussi un accompagnement pour quelqu'un qui n'est pas encore prêt à se faire hospitaliser, de façon à entretenir un lien avec lui.

- Antécédents DT, épilepsie,
- comorbidités psychiques, somatiques,
- isolement, précarité,
- échec précédent ambulatoire,
- résidentiel, hospitalier,
- temps crucial de la préparation

Les modalités du sevrage hospitalier

But :

- prévenir des complications, syndrome de sevrage, crise comitiale , délirium tremens, encéphalopathie,
- protéger les neurones,
- restauration physique et psychique,
- « passage obligé » : nécessaire, non suffisant.

Les moyens

- le cadre, temps, lieu, contrat thérapeutique,

- les médicaments, privilégier la voie orale, les benzodiazépines, décroissance sur huit jours. Souvent on nous dit : « on nous donne des médicaments à la place de l'alcool ». Quand vous rentrez dans une postcure, aujourd'hui, c'est systématique on donne à tout le monde des benzodiazépines, souvent du Sérestat. Pourquoi ? Cela évite les crises d'épilepsie. Moi quand j'ai fait Létra, cela remonte à une trentaine d'année, il y avait deux crises d'épilepsie par jour, depuis qu'on leur donne des benzodiazépines en systématique, il y a peut-être une crise d'épilepsie par mois, c'est très occasionnel. Là aussi, on a fait de grands pas en avant, on est passé d'une conception de prise en charge où on supprimait systématiquement tous les médicaments alors qu'aujourd'hui on privilégie la santé du patient. Il a fallu se battre au niveau médical pour qu'ils intègrent ces spécificités. Les benzodiazépines, bien entendu, il y a des risques d'accoutumance mais en général quand on tombe dans la dépendance des benzodiazépines, ce n'est pas de la faute des médecins, les médecins ne sont pas des dealers. Moi j'ai été dépendant des benzodiazépines, j'avais 8 médecins et j'avais 8 pharmacies. Il y a aucun médecin qui va vous donner une boîte de Tranxène par jour, il faut arrêter le délire, c'est nous qui contournerons la prise en charge thérapeutique ce n'est pas le système.
- Hydratation, beaucoup de consommation d'eau, attention à la cirrhose décompensée, insuffisance cardiaque,
- acamprosate neurologique l'Aotal adapté selon l'évolution du patient,
- protocole de traitement sous surveillance. On en donne encore c'est un placebo qui peut être intéressant aussi.

Surveillance

Score de Cushman toutes les 4 – 8 h pendant les 3 jours il y a effectivement l'infirmière va vous prendre votre tension, votre pouls, votre rythme cardiaque et en fonction des scores

- Si < 5 : sevrage simple
- Si $5 < 10$: sevrage modéré
- Si > 10 : sevrage sévère hydratation et vitaminothérapie parentérale
- Si > 15 (DT) transfert en réanimation

Elle va établir les risques au niveau du délirium et s'il faut transfuser le patient pour le réhydrater ou pas. C'est pour ça qu'on voit des gens qui se baladent avec des perfusions et d'autres qui ont des problèmes d'alcool qui n'en ont pas tout simplement parce que le score de Cushman est différent.

Le travail en réseau

- Avec les autres structures alcoologiques : postcures, SSR
- Avec les autres structures de soins, cliniques et hôpitaux psychiatriques, services hospitaliers somatiques, hôpital de jour,
- avec la médecine de ville et libéraux, sevrage ambulatoire, médecins généralistes, services sociaux, réseaux de santé
- avec les mouvements d'entraide.

Vivre sans alcool

- Aide au maintien de l'abstinence,

- médicaments spécifiques acamprosate la Naltrexone et disulfirame, il faut quand même faire attention car on tombe dans des bloqueurs de récepteurs et on appelle ça des antagonismes des opiacés. Dans ces produits-là, il y a des effets indésirables. Je ne dis pas quand on parle du Baclofène qui est un miorelaxant, on parle du Selincro ou du Révia c'est quand même pas des médicaments qui peuvent intervenir sur ce qu'on appelle le craving, ces pulsions de consommation, donc c'est quelque chose qui peut aider l'arrêt du produit, ça il ne faut pas le contester mais par contre, par rapport à ces produits-là, il peut y avoir des effets indésirables. C'est pour cela qu'il faut bien les connaître et bien les maîtriser. Je trouve que par rapport au milieu médical, il y a un manque d'informations qui est important. Aux Portes du Sud, dans le cadre de l'ELSA, j'avais été en maternité voir une malade alcoolique qui était enceinte de 7 mois et risquait d'accoucher, elle était rentrée pour un cerclage donc elle devait passer en post-opératoire de façon qu'elle n'accouche pas trop tôt. Sur la table de nuit, je vois du Révia. Je lui dis c'est ici qu'ils t'ont donné du Révia. Non, mais j'ai un traitement c'est mon médecin qui me l'a donné et je l'ai amené de la maison. Le Révia bloque les neurorécepteurs au niveau des morphiniques et des opiacés, des opioïdes. C'est-à-dire que cette femme-là si on l'avait opérée et qu'on lui avait mis de la morphine pour l'endormir ou ensuite des morphiniques pour calmer la douleur cela aurait eu aucun effet à cause du Révia, donc ce n'est pas anodin. Il n'y a rien de magique, il faut s'enlever cette idée de la tête. C'est pour ça qu'à un moment donné ils ont abandonné les implants sous-cutanés d'Espéral. Il y a eu des décès par rapport à cela. En Pologne c'est toujours autorisé. J'ai vu un Polonais qui avait une balafre dans le dos car ils leur mettent entre les omoplates pour pas qu'ils se l'enlèvent, il se l'était enlevé avec une baïonnette.
- Consultations individuelles,
- groupes thérapeutiques,
- mouvements d'entraide

La rechute

- La rechute fait partie de la trajectoire du malade alcoolique.
- Toute ré alcoolisation (faux pas) n'entraîne pas forcément la rechute.
- Ne pas banaliser, ne pas dramatiser, savoir s'en servir comme une expérience pour la suite.
- Savoir la prévenir par un suivi régulier dans un cadre groupal . Rôle des associations. Sevrage répété le phénomène de Kindling, l'embrasement

On peut avoir une dépendance institutionnelle, il n'y en a pas beaucoup. Dans toutes les postcures, dans toutes les unités on va trouver ce genre de profils de malades, des gens qui sont souvent seuls, qui sont complètement désocialisés et qui sont bien que dans l'institution où ils sont pris en charge et ils se servent de la rechute pour se faire ré hospitaliser. Ça fait partie de leur pathologie.

La co dépendance

- Elle prend en compte la souffrance de l'entourage.
- Ne jamais court-circuiter la liberté du patient, respecter la CONFIDENTIALITE.

- Tenir compte de la place de l'alcool dans la systémie familiale, possible déséquilibre à l'arrêt de l'alcool. Il y a des couples qui se séparent après l'abstinence, le plus souvent ça les réunit mais ça peut arriver que cela les aide à se réparer.
- Proposer un suivi pour l'entourage, groupe thérapeutique, consultation individuelle, association d'entraide. A ce niveau-là, vous faites bien votre travail. On oublie toujours de dire que les CSAPA (Centre de suivi en alcoologie) où on va trouver psychiatre ; médecin addictologue, groupe, etc...assistante sociale. Ce sont des unités qui sont très bien, il en manque. Ce sont des structures qui sont gratuites pour le patient mais elles sont aussi gratuites pour l'entourage. N'importe quelle personne de l'entourage que ce soit l'épouse ou l'époux d'un malade alcoolique peut bénéficier d'un psychologue ou d'un médecin gratuitement aussi bien que le malade. Il n'aura pas le même thérapeute.

Les nouvelles orientations en addictologie,

- la réduction des risques,
- les protocoles de recommandation alcool-tabac-opiacés.
- Les autres substances psychoactives et les addictions comportementales,
- les nouvelles molécules,
- les nouvelles approches psychothérapeutiques.

Effectivement même dans les mouvements d'entraide, vous à Vie Libre vous êtes bien placés pour le savoir. En 50 ans les choses ont évolué énormément. Avant, vous savez, il y avait le secteur d'alcoologie et le secteur de la toxicomanie, c'est quelque chose qui ne se mélangeait pas. Aujourd'hui, on s'aperçoit que les alcooliques de terroir qui ne boivent que de l'alcool, il y en a de moins en moins, on a de plus en plus à faire à des gens qui sont codépendants ou la problématique alcoolique est principale mais ils associent d'autres produits à cette consommation d'alcool. Là aussi on peut s'apercevoir, qu'à un moment donné dans la réduction des risques, on se trouve confronté à des choix, on voit ça en toxicomanie lorsqu'on a des toxicomanes qui sont dépendants du cannabis, dépendants d'opiacés ou de cocaïne et qui sont aussi dépendants de l'alcool, il est complètement illusoire de leur dire : « demain vous allez tout arrêter » car c'est de la science-fiction, à par un psychotique qui nous surprend mais c'est très compliqué. A partir de là on va faire des choix et souvent le choix c'est l'alcool. On va dire au patient, en premier on va arrêter l'alcool parce que c'est le produit le plus destructeur. Lorsqu'il y a une addiction alcool-cannabis, dans un premier temps on va s'occuper de l'alcool et laisser de côté la problématique cannabis.

Conclusion

- Savoir repérer et amener aux soins.
- Ne jamais imposer ni agir sans la demande ou le consentement de l'intéressé.
- Savoir établir un contrat thérapeutique en rendant le patient sujet et responsable de son soin.
- L'accompagner dans la durée ou l'orienter vers d'autres soignants.

Je le dis souvent quand je vais à Létra ou au Chambon sur Lignon, il faut donner un sens à l'abstinence. Quand j'étais un peu provocateur volontairement aux Portes du Sud et que j'avais le lundi 17 patients qui étaient nouveaux, je leur dis : « vous êtes venus ici pour quoi faire ? ». Quand j'insistais ils disaient « pour arrêter de boire ». Vous voulez arrêter de boire, pour quoi

faire ? Si à un moment donné vous ne donnez pas un sens à votre démarche cela devient très compliqué parce que si à un moment donné si on vient en soins parce qu'on nous a dit de venir parce qu'il faut arrêter l'alcool vous allez interpréter l'arrêt de l'alcool comme un interdit. De quel droit on vous interdirait quoi que ce soit, c'est votre choix, votre engagement. Tout ce temps qui va être laissé par l'alcool, qu'est-ce que vous allez en faire, quels sont vos projets et là cela devient très intéressant, effectivement la prise en charge. Donc c'est toujours le choix du patient et nous on est dans le rôle de l'accompagnant.

Ensuite "extrait de Tintin"

Quelques mots encore sur la réduction des risques et par rapport au débat surtout par rapport aux médias, un débat assez scandaleux.

La réduction des risques il faut l'inscrire dans un cadre sanitaire ni plus ni moins, c'est de savoir de quoi on parle. J'ai commencé à faire de l'alcoologie quand il y a eu les problèmes d'hépatite C, du SIDA, du VIH, on était dans un cadre sanitaire et on s'est inscrit dans la réduction des risques. Cette réduction des risques nous a incité à distribuer des seringues et du matériel aux toxicomanes pour éviter la contamination. Ça paraît fou parce qu'il y avait des médecins qui refusaient. On n'est pas là pour contribuer à la maladie. Il faut prendre les choses dans le contexte. Il y avait un facteur au niveau du VIH qui était extrêmement grave. On était confronté à des toxicomanes qui ne voulaient pas sortir de leur toxicomanie. Pour nous c'était de leur dire, faites-le proprement.

Aujourd'hui c'est le même débat qui revient avec les salles de shoot. Là les journalistes ils se régalaient. Vous êtes pour ou vous êtes contre. Ce n'est pas une question, si on va par là tout le monde est contre. La question ne se pose pas comme ça. Ça concerne qui, vous prenez une ville comme Lyon cela concerne 300 – 400 personnes. La plupart sont des SDF qui viennent des Pays de l'Est, ce sont des gens qui vivent dans la rue, qui se piquent avec tout et n'importe quoi, qui utilisent des matériels souillés ce qui fait qu'ils ont des abcès, ils finissent à l'hôpital quand ils ne finissent pas en réanimation. Vous savez la réanimation c'est 16 000 € par jour. Si jamais vous prenez un médecin et deux infirmières, un local. Ces gens-là vous les accompagnez même dans leur toxicomanie, de façon qu'ils fassent les choses proprement ça va avoir une incidence de 200 000 €. C'est une question de bon sens. On ne dit pas que c'est la panacée, pas que c'est l'idéal. En plus de ça ils laissent traîner leurs affaires, leurs seringues partout. C'est mettre un peu d'ordre là-dedans. Quand on commence à expliquer aux gens, ils adhèrent à cette idée-là, ils sont beaucoup moins choqués. Souvent la propagande, les médias aiment bien le sensationnel, le buzz comme on dit. Ils vont déclencher des polémiques.

Le Covid fait partie aussi de la réduction des risques quand on parle de la vaccination. Il n'y a rien de nouveau.

Quelques points intéressants sur les associations.

Elle fait partie intégrante de la prise en charge dans le soin. Il n'y a pas le soin et les associations mais l'association qui est dans le soin. Il faut l'affirmer avec autorité. Elle a toute sa place dans l'action thérapeutique. Il est regrettable que parfois ceci soit contesté par certaines structures. Même aux Portes du Sud, j'ai défendu les associations afin qu'elles puissent continuer à intervenir. Curieusement, les psychologues essayaient de mettre sur la touche les associations. On est toujours en lutte pour imposer ça. L'histoire du patient expert, c'est quelque chose qui remonte à la toxicomanie. Quand j'ai fait mon DSU à Paris 8^e, il y a un patient-expert

toxicomane qui se piquait à l'héroïne qui est venu nous faire une démonstration, comment se piquer avec une aiguille tout seul, sur un plan sanitaire, sans prendre de risques au niveau hygiène. C'est tout une gymnastique, mettre le garrot, l'aiguille entre les dents. C'était ça le patient-expert, il y a 20 ans.

Aujourd'hui, c'est plus les médecins qui vont servir de patient-expert pour s'attirer une clientèle.

Tous les patients qui sont dans l'abstinence sont des patients-experts.

Déjà pour être abstinents il faut être un très bon alcoolique pour soi-même.

L'histoire du patient –expert, il y a 20 ans en arrière, dans la réduction des risques

Tous les abstinents peuvent revendiquer ce titre de patient-expert et de thérapeute.

L'action de prévention et de repérage des sujets qui sont dans la souffrance en rapport avec l'addiction, c'est votre rôle, ce n'est pas le rôle des médecins. Ce ne sont pas les médecins qui vont chercher les malades dehors, qui vont les repérer, les stimuler, les sensibiliser à leur prise en charge.

L'association est souvent l'organisatrice du contrat de soins et de la prise en charge, la surveillance des besoins de l'entourage, de la personne hospitalisée. Là-aussi quand on parle d'entraide, j'ai vu une mère avec des enfants, où l'association a dit « tu vas aller te faire soigner et tes enfants on va s'en occuper ». Qui c'est qui va faire ça ?

A la sortie, l'association est le lieu où le sujet dépendant vient faire son marché au niveau des mots. Une femme disait à tout le monde « je suis alcoolique » comme ça personne l'embêtait. A l'époque je me disais, jamais je ne pourrais dire ça. Un autre disait « je ne sais pas boire ». Pourquoi ? Au début d'une abstinence on a tous l'état paranoïdique pas dans le sens paranoïaque du terme mais dans le sens « qu'est-ce que vont penser les autres de moi ? ». On m'a toujours vu boire et maintenant au lieu de boire un pastis, je vais demander un coca. On est dans ce rapport-là. Six mois après on s'en fout complètement de ce que pensent les autres. Il faut d'abord passer les 6 mois. Durant ces 6 mois, il faut aller dans les associations et écouter les anciens buveurs. Faire son marché au niveau des mots permet de sortir de situations qui nous semblent complexes au départ.

La période sans alcool c'est le lieu où l'on trouve toujours quelqu'un dans la souffrance qui nous rappelle le chemin parcouru. L'individu, l'homme ou la femme, on a cette capacité à oublier la souffrance. Quand on va de temps en temps dans une association, on voit une personne dans la souffrance, qui a de l'alcool jusqu'aux oreilles, cela nous rappelle ce qu'on était et on représente pour lui un espoir car il sait que si on est là et qu'on va bien on a la même problématique que lui. En partageant un café, c'est thérapeutique dans les deux sens.

C'est l'endroit où l'on trouve toujours de l'aide lorsque le sujet est en difficulté même les jours fériés, Si le 14 juillet, vous n'êtes pas bien, vous avez un craving, vous n'aurez pas le médecin ni le psychologue. L'association sur un coup de téléphone vous pourrez l'avoir.

L'association est également le lieu où on va retrouver un espace relationnel sans le produit. Les dépendants s'entourent de gens qui boivent parce que cela les rassurent. Ils sont persuadés que tout le monde boit, ce qui est complètement faux. Ceux qui ne boivent pas, on ne les fréquente pas, on ne veut pas les voir ceux-là. Donc c'est recréer du lien social sans le produit, c'est quelque chose qu'il faut réapprendre.

Proposer d'expérimenter l'abstinence, au début le patient n'est pas prêt à entendre le deuil du produit. Lorsque vous intervenez clarifiez votre rôle de militant, j'insiste là-dessus. Des fois les associations qui vont dans les structures se présentent comme militants d'associations et les patients interprètent que si vous devez venir dans l'association ils doivent être aussi des militants d'associations. Ils viennent vous voir pour dire que si vous avez besoin d'eux, ils sont là. Après s'ils sont militants d'associations c'est parce qu'eux ils se sont engagés auprès de cette association car c'est quelque chose qui les concerne mais cela ne vous implique pas nécessairement. Il faut clarifier avec les patients.

L'association sort du champ. A un moment on était dans la diabolisation du produit, dans les années 80, on était dans un alcoolique c'est à cause de l'alcool, un toxicomane c'est à cause de l'héroïne, un cocaïnoman c'est à cause de la cocaïne or Oliwesten passe par là et dit si le produit n'était pas responsable. 92 % des français qui consomment de l'alcool plus ou moins régulièrement et ne sont pas alcooliques. C'est la seule drogue qu'on peut consommer tous les jours et qu'on ne tombe pas dans la dépendance. C'est la plus toxique mais c'est celle qui a le plus de tolérance. Mais le produit n'est jamais qu'un symptôme de la problématique comme on dit que c'est une maladie du lien et des émotions, du côté émotionnel du sujet, de l'histoire. Oliwesten le dit très bien « un toxicomane, un alcoolique, c'est l'histoire du sujet c'est tous ses repères, son côté familial, tous ses sentiments, ses douleurs, ses souffrances. La rencontre avec un produit dans un contexte donné. Si vous êtes en harmonie avec votre histoire et en harmonie avec le moment que vous vivez lorsque vous rencontrez un produit même si c'est un produit psychoactif cela va rester une expérience. Par contre si à un moment donné, quand vous rencontrez le produit vous êtes en souffrance dans le moment présent, vous consommez ce produit il va vous permettre de sortir de cette réalité souffrante. Le problème c'est que le produit a une durée de vie, l'effet n'est pas éternel et quand il ne fait plus effet, on redescend dans sa réalité souffrante et comme on a trouvé le chemin, qu'est-ce qu'on fait ? On reconsume pour en ressortir à nouveau. La question qu'il faut se poser ce n'est pas la consommation du produit mais qu'est ce qui nous fait retourner dans la consommation. La problématique se pose ainsi.

Comment on est passé de l'alcoologie à l'addictologie ? par Jean Claude BEL

Car là-aussi passé de l'alcoologie à l'addictologie cela a simplifié le rôle des soignants surtout soulager et mieux comprendre le rôle des associations. Avant les années 50 il y avait une Opposition entre le monde politique et le monde hospitalier, un accès thérapeutique sur le produit c'est-à-dire sur l'alcool par exemple il y avait les bons alcools et les mauvais alcools. Toutes les boissons qui n'étaient pas fabriquées naturellement comme la bière, le vin étaient pour le corps médical et les scientifiques des boissons hygiéniques. Par contre les boissons distillées où on ajoutait quelque chose au produit naturel étaient du poison, donc c'était mauvais. Ensuite on est passé de ce stade-là à mettre en opposition sur les personnes les bons et les mauvais buveurs, ceux qui buvaient modérément voir même excessivement qui avaient les capacités et les moyens de boire des bons produits et ils étaient considérés socialement très bien. Puis il y avait les autres qui n'avaient pas les moyens financiers de boire du bon vin, ils buvaient de la saloperie et qui malheureusement en buvaient de trop, ceux-là gênaient donc il y avait une opposition entre les deux. Ensuite on a rapproché les deux personnages. Dans les années 70, il est apparu l'époque des hippies et l'héroïne. Là on s'est dit on ne peut plus faire d'opposition entre les bons et les mauvais buveurs et entre les différents produits on a tout regroupé ensemble pour faire cette fois-ci une opposition entre tout ce qui était alcool licite et

tout ce qui était illicite. Au fil des années, après les années 70, on a laissé un peu tombé ce processus pour s'attaquer au comportement et là c'était beaucoup plus bénéfique. Si on était resté à ce stade-là, il aurait fallu faire des protocoles à chaque fois pour chaque produit et ce n'était plus gérable. Mais en s'attaquant au comportement des personnes s'a simplifié la vie des uns et des autres c'est pour ça qu'on est passé à l'addictologie

Michel a parlé à juste titre, quand on veut parler d'alcool et tout ça à une autre personne, il faut bien resté conscient de son rapport personnel avec le produit c'est surtout ce qu'a fait attention notre fondateur André TALVAS, pourquoi ? S'il avait voulu André TALVAS, il aurait été certainement un des premiers addictologues voir alcoologues national ou international. Le produit ne l'intéressait pas, ce qui l'intéressait lui c'était la maladie alcoolique, la maladie de Germaine et la maladie d'autres. Il s'est dit dans sa réflexion la chose suivante ; je ne peux pas en l'état actuel des choses moi qui consomme un petit peu d'alcool ne serait-ce que par le vin de messe car il ne faut pas oublier que TALVAS était un prêtre et qu'il communiait sous les deux espèces. Dans sa réflexion et dans sa démarche que ce soit auprès de Germaine en tout premier lieu, il se dit je ne peux pas demander à Germaine d'être abstinente du fait que moi je ne le suis pas. C'est dans cette démarche-là qu'André a demandé au Pape Paul VI l'autorisation de consacrer le jus de raisin et qu'il est devenu abstinente pour être à la même hauteur que Germaine et de lui proposer l'abstinence. Il y a aussi une façon de proposer cette abstinence car le patient est toujours plus ou moins réticent donc il faut lui expliquer un petit peu ce que peut apporter l'abstinence. Bien souvent par mon expérience et la vôtre on est confronté à une problématique c'est que la personne veut bien accepter l'abstinence mais pour une certaine durée et quand certains symptômes s'estompent, ça va mieux. La difficulté c'est justement de faire comprendre ça. Dans certains cas il n'est pas prêt à accepter l'abstinence totalement et définitivement. Là c'est notre rôle pour essayer de lui inculquer le bénéfice que peut lui apporter l'abstinence

Q) On a débattu dans nos équipes de base sur la réduction des consommations mais on est resté sans réponse. Dans nos groupes de paroles cohabitent certains patients qui sont en recherche de réduction de consommation qui sont en train de rattraper leur maîtrise de consommation et d'autres qui sont déjà dans la recherche de l'abstinence, nous on se rend compte que cette cohabitation n'est pas si simple que ça. Je voudrais savoir si vous avez des expériences et nous donner des tuyaux.

R° Aux Portes du Sud j'animais un groupe extérieur pour des patients qui sortaient de la Clinique et des patients extérieurs de la Clinique, souvent c'était un gros groupe on se retrouvait à 25. Dans ce groupe il y avait des gens qui avaient beaucoup de mal à s'inscrire dans une abstinence durable tout en essayant de gérer leurs consommations. Le mot gérer chez quelqu'un qui est dépendant, c'est un non-sens. Gérer ça veut dire boire moins que ce que j'ai besoin donc si je bois moins que ce que j'ai besoin forcément je me mets dans un état de souffrance mais ça fait partie de leur déni aussi. C'est-à-dire que ces gens-là si tu leur fermes la porte, tu ne les vois plus et en fin de compte tu n'as plus l'occasion de les aider en quelque sorte. Cela ne veut pas dire qu'il faut adhérer à leur idée. Je leur disais tu choisis le chemin le plus difficile. Tous les anciens buveurs ont expérimenté d'essayer de gérer leur produit. On s'est aperçu parfois au bout de vingt ans que le plus simple c'était d'arrêter complètement. Ce sont des gens qui sont encore dans ce déni-là. Quand on parle de réduction des risques c'est à cette question-là où on fermait la porte en quelque sorte ce qui était dramatique car souvent ces gens vont se mettre à boire de plus en plus, ils vont prendre des chemins avec des prises en charge beaucoup plus compliquées et plus coûteuses. La réduction des risques leur ouvre la

porte aujourd'hui en disant comme une certaine tolérance. Tu n'arriveras pas à me convaincre là-dedans mais c'est le choix que tu fais, le choix le plus difficile . des fois il faut les écouter, dans ce groupe, il y en avait 3 qui étaient assez particuliers, un était architecte il était abstinent mais lui disait : toutes les vacances scolaires du mois de février j'envoie ma femme et mes jumelles chez mes parents et pendant une semaine je bois du matin au soir. Cela m'inquiétait, je lui téléphonais pour savoir s'il allait bien, après il rentrait à la Clinique et attaquait un sevrage. L'année d'après il recommençait. Le problème c'est que dans sa démarche quand il arrivait à 3 mois il disait J-90 le côté obsessionnel prenait le pas. Il l'entendait bien mais cela créait chez lui une grande souffrance. J'en ai un autre qui est entré pour arrêter un verre de vin par jour. Cela faisait un an qu'il buvait un verre de vin par jour. On peut se dire pourquoi tu rentres si tu ne bois qu'un verre de vin par jour. Comment tu le bois ce verre de vin ? C'est pas difficile le matin je me lève, je mets la moitié du verre de vin dans un litre d'eau et le soir je bois l'autre moitié du verre. Toute la journée tu dois penser à la moitié de verre que tu bois le soir. Il me dit : c'est ça, je ne pense qu'à ça». Voyez la complexité quand même du problème. Effectivement, le plus facile, c'est d'arrêter complètement de boire plutôt que d'essayer de gérer car d'abord c'est souvent une mise en échec la plupart du temps. Si jamais il y en a qui réussissent c'est quand même une souffrance qu'ils s'infligent. C'est ce qui a changé dans les mouvements d'entraide avec la réduction des risques et à la fois au niveau de la toxicomanie c'est un petit peu cette tolérance au niveau du discours et aussi dédramatiser la rechute. La rechute fait partie de la maladie. La rechute peut sauver quelqu'un aussi. Il y en a qui ont refusé de rechuter mais ils se sont suicidés donc je préfère quelqu'un qui boit plutôt qu'il se suicide. La réduction des risques c'est aussi c'est ouverture-là, qu'il faut la concevoir.

C'est justement la question, c'est la cohabitation entre les gens qui sont abstinents et d'autres qui sont en train de réduire leurs consommations Il faut faire confiance aux gens qui sont abstinents. Il faut jouer le rôle de modérateur et assurer le respect de la parole de chacun. Il faut que ça devienne quelque chose où on s'engueule. Il faut que ça reste un débat, un dialogue. Dans le groupe j'avais des héroïnomanes, des gens qui venaient pour la pathologie du jeu qui n'avaient rien à voir avec les produits, des steiners qui utilisent le sexe pour s'envoyer en l'air de façons très dangereuses, ils risquent leur vie, je jouais le rôle de modérateur, parfois je temporisais. Il faut que chacun puisse s'exprimer.

Q) J'ai fait Portes du Sud, Champvert, le Chambon s/Lignon, Portes du Sud en juillet. C'était un petit groupe en raison du Covid on était une dizaine et là j'ai rencontré quelqu'un de l'association qui m'a mis en rapport avec quelqu'un du Mouvement. C'est la première fois depuis quatre ans que je sens que je vais être utile d'où l'importance de l'association. Michel ça fait 2 fois que je le vois et chaque fois il m'apporte beaucoup de choses. Le déclic que j'ai eu c'est être au plus près des gens, c'est la vie quotidienne. C'est l'association de base, du secteur, la section, je confirme l'importance de ça, le groupe.

R) J'entends bien, pour moi ç'était pareil. Au départ j'ai créé une association qui s'appelait RUPTURES qui était un CAARUD qui s'occupait des toxicomanes particulièrement des SDF, il ne faut pas se cacher les yeux. Cet engagement a été pour moi au départ, thérapeutique, après j'en ai fait une profession et je pense que c'est ce qui t'arrive toi aussi. Ton engagement dans l'association est thérapeutique dans ton soin.

Q) A propos de la RDS ça quand même ébranlé pas mal de nos militants aussi jeunes militants qu'anciens car le dogme à VIE LIBRE c'est l'abstinence. Lorsque vous envoyez quelqu'un en cure qui fait 5 semaines d'abstinence et qui se remet à boire un verre parce qu'à Champvert on

m'a dit que la RDR ce n'était pas grave cela fait partie de la maladie, donc on sert à quoi ? Vous les vieux vous êtes restés encore à l'époque de 1950. Donc comment expliquer aussi bien à nos militants, que malades, que la RDR n'est pas une panacée et je le pense c'est même un danger, c'est une sorte de permission à boire. Tout le monde ne pense pas comme moi mais j'ai eu pas mal d'écho sur l'ambivalence de la RDR des produits toxiques, de la drogue et appliquée à l'alcool, je ne dis pas que c'est incompatible avec le malade c'est peut être possible pour le malade qui a un simple problème avec l'alcool, excessif, mais avec un malade comme nous qui ne pouvons pas contrôler dès qu'on se met à boire, la RDR n'est pas possible.

R) Je suis entièrement d'accord avec ce que tu dis, la question ne se pose pas. Je pense que la réduction des risques s'adresse à des gens qui ne sont pas encore prêts à s'inscrire dans l'abstinence. Il fut un temps dans notre histoire, même notre histoire associative on disait : « où tu arrêtes l'alcool ou tu te débrouilles ». On s'est aperçu que ce langage-là est très dangereux à la fois pour le patient mais aussi pour la société. A partir de là dans l'aspect sanitaire on dit qu'à un moment donné que si les gens ne sont pas prêts à arrêter le produit, il est préférable de les accompagner pour éviter qu'ils fassent n'importe quoi, en attendant qu'ils prennent conscience de s'inscrire dans une abstinence. Il y a seulement ça qui a changé c'est pour ça qu'à un moment donné les alcoologues parlent d'une abstinence dans l'idéal du soin. Attention si on met l'abstinence que dans l'idéal du soin ça veut dire aussi que pour les médecins si tu n'adhères pas à l'abstinence ils vont te rejeter « tu n'as qu'à pas boire ». A partir de là, tu vois les gens qui sont diabétiques tu n'as qu'à pas manger de sucre, les gens qui ont le VIH tu n'as qu'à pas être homo, les gens qui sont gros, tu n'as qu'à pas bouffer. Il faut faire attention là-aussi. Quand on est dans la réduction des risques, c'est ça le problème, c'est l'accompagnement en attendant d'avoir une éducation thérapeutique suffisante afin de s'inscrire dans une abstinence. Avant c'était noir ou blanc, on ne pouvait pas rester dans cette démarche-là.

Je vous remercie de votre écoute.

THEMES JOURNEES D'ETUDES 2021

1 - IL OU ELLE BOIT, COMMENT L'AIDER FACE A CETTE MALADIE ? LE DENI DE L'ENTOURAGE

2 – UNE MODE LA REDUCTION DES CONSOMMATIONS MAIS QUEL AVENIR ?

3 - ALCOOL – VIOLENCES, LIAISONS DANGEREUSES, CONDUITES A RISQUES, DOIT-ON LES DENONCER SANS PASSER POUR UN DELATEUR ?

4 - L'ACCEPTATION DE LA MALADIE, PREMIERS PAS VERS LA GUERISON

5 – CURE, POSTCURE QUEL IMPACT SUR LE MALADE ? NECESSITE D’UN SUIVI EN SORTANT DE SOINS

6 - L’AMITIE A VIE LIBRE – BESOIN DE RECONNAISSANCE EXCESSIVE

7 - COMMENT ANIMER LA VIE D’UNE SECTION - SUITE A LA BAISSSE DE FREQUENTATION DE NOS PERMANENCES, FAUT-IL CONTINUER ?

8 - LES RESEAUX SOCIAUX PEUVENT-ILS REMPLACER NOS PERMANENCES OU REUNIONS?

9 - LA CONFIANCE ET SES LIMITES : « PAS BU ? PAS VU PAS PRIS » LA CARTE ROSE, QUID DES POLY-ADDICTIONS

10 - SAVOIR COMMUNIQUER SANS FAIRE DE PROPAGANDE – annuler car n’a pas été demandé

11 - DVLP : LA COMMUNICATION ENTRE DVLP – COMMENT AMENER LE DETENU A RENCONTRER VIE LIBRE – QUELS NOUVEAUX DOCUMENTS POUR L’ACTION PRISON -

12 – L’IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES ADDICTIONS

THEME 01 – IL OU ELLE BOIT. COMMENT L’AIDER FACE A CETTE MALADIE ? LE DENI DE L’ENTOURAGE

Nous étions 18 participants – 2 animateurs Georgette CARNEVALE – Claude GARDETTE en remplacement d’Alain GIRARDOT excusé pour problème de santé

Anciens malades : 11 – Abstinents volontaires conjoints 2 – Sympathisants 5

IL OU ELLE BOIT, POURQUOI ?

Le malade est mal dans sa peau ;

Il a une souffrance, un mal-être.

L’alcool fait effet de médicament.

C’est un dopage pour pouvoir aller au travail, il faut avoir sa dose

L’alcool sert à faire la fête. Il permet de se sentir bien, de vaincre la timidité

COMMENT L’ENTOURAGE PEUT-IL AIDER LE MALADE ?

L’entourage doit s’informer sur la maladie, auprès des médecins, des associations, des CSAPA, des ELSA afin de mieux comprendre.

Il peut interpeller un membre de la fratrie afin qu’il intervienne auprès du malade qui acceptera mieux la discussion qu’avec son conjoint.

Ne pas harceler le malade, ne pas le dénigrer.

Il faut lui faire comprendre qu’il n’est plus capable de faire des choses comme le sport, des loisirs.

Essayer de le diriger vers une association ou un centre de soins.

Laisser à sa disposition des documents concernant la maladie.

Essayer de garder confiance dans le malade même si c’est difficile.

Lui dire que l’on n’est pas indifférent à sa souffrance.

Lui parler quand il est prêt à vous écouter.

Le conjoint peut essayer de provoquer une réaction en quittant le domicile

Ecrire son ressenti

Certains pensent que le déni est nécessaire pour survivre.

DENI DE L'ENTOURAGE

La famille est souvent dans le déni, elle cautionne, c'est gênant et honteux de dire, « mon conjoint boit. »

L'entourage a tendance à infantiliser le malade.

Le mot alcoolique est néfaste, négatif, moche. Il reste collé à la peau. Il vaut mieux dire « malade de l'alcool ».

Difficile pour le l'entourage proche d'agir car on n'a pas les mots justes, on ne sait pas quoi faire.

L'entourage souffre durant des années et aurait besoin qu'on s'intéresse à lui aussi et non pas qu'au malade.

CONCLUSION :

Il est important pour l'entourage de participer aux réunions Entourage quand il y en a dans les sections

et également aux groupes Femmes s'ils existent. Ne restez pas seuls.

THEME 02 – UNE MODE, LA REDUCTION DES RISQUES, LA REDUCTION DES CONSOMMATIONS, MAIS QUEL AVENIR ?

Nombre de participants : 11 – Animateur Lucien POSTEL

La séance a débuté par une présentation individuelle.

Ce thème a suscité de nombreuses réflexions et réactions.

Il nous a permis de développer plusieurs sujets.

Difficile de rester concentré sur le thème car nous avons tous un parcours et un vécu différents.

Cependant, nous avons tous conclu à deux interrogations :

- La réduction des consommations pourrait-elle être une étape vers l'abstinence ?
- Comment faire cohabiter la réduction des risques et l'abstinence ?

Nous n'avons pas trouvé de réponse à ces questions car pour certains la réduction des consommations est vouée à l'échec et d'autres pensent que cela pourrait être une étape vers l'abstinence.

Il appartient donc à chacun de construire son parcours de soins pour trouver la voie de la guérison.

THEME 03 - ALCOOL – VIOLENCES, LIAISONS DANGEREUSES, CONDUITES A RISQUES, DOIT-ON LES DENONCER SANS PASSER POUR UN DELATEUR ?

Participants 12 – 5 anciens malades – 2 abstinents volontaires – 5 sympathisants – Animateur : Philippe JOUVE

Faut-il dénoncer la personne alcoolisée en danger ou qui met son entourage en danger ?
Si oui, auprès de qui ?

La réponse du groupe a été :
Cela dépend du contexte et du degré de danger.

Exemple 1 :
Une nounou (nourrice) qui constate que le parent qui vient récupérer l'enfant est sous l'emprise de l'alcool et qui pour repartir prendra sa voiture, que doit elle faire ? Qui prévenir ?

Exemple 2 :
Devant l'urgence, l'impuissance de l'entourage, doit-on prendre le droit de se protéger et demander de l'aide : police, voisins avec les conséquences que cela engendre.

Exemple 3 :
Devant l'urgence d'un cas violent qui est sous l'emprise de l'alcool, doit-on considérer que nous devons avoir une réaction de premiers secours comme si on assistait à un accident de voiture.

Conclusion
On doit dénoncer quand on pense qu'il y a DANGER sans passer pour un délateur.

THEME 04 - L'ACCEPTATION DE LA MALADIE, PREMIERS PAS VERS LA GUERISON

18 participants – 12 H – 6 F – 9 anciens malades – 4 malades suivis – 4 conjoints – 1 abstinents volontaire.

Animateur : Pierre BERTHOIN

Nous tenons à remercier tout le groupe qui a participé à cet échange ainsi que notre animateur.

Nous avons tous convenu que l'acceptation de sa maladie est le premier pas vers la guérison. Nous commençons tous par une phase de déni dont on sort soit par un déclic, soit par une période plus longue :

- problèmes de santé,
- perte du permis de conduire,
- soucis dans son travail,
- soucis dans sa famille
- etc...

On se dit STOP, ce sont des situations à un moment précis.

A tous ces problèmes, il y a des solutions (médecins généralistes et addictologues, cures, associations).

Pour un soin efficace, il faut que le malade trace son « chemin de sortie ». Profiter de l'instant présent et pas le lendemain parce que les tentations sont en permanence devant nous : repas de famille, bière sans alcool (risque de rechute car les alcooliers sont très doués pour imaginer les moyens pour maintenir la dépendance par la présentation des produits et des mélanges de goûts attirants), cuisine, médicaments, etc...

Se reconnaître malade c'est aussi avoir la fierté de se soigner, être heureux sans alcool en étant conscient que ce n'est pas une punition.

En guise de conclusion :

On vous demande de méditer sur la question : « Etes-vous heureux ? »

THEME 05 – CURE, POSTCURE QUEL IMPACT SUR LE MALADE ? NECESSITE D'UN SUIVI EN SORTANT DE SOINS

10 participants - 3 F – 7 H

Animateur : Alain ANDRE

Un participant nous lit son introduction au thème.

Depuis la nuit des temps, l'homme recherche à s'enivrer.

Depuis la lointaine antiquité jusqu'à nos jours, l'histoire est parsemée d'évènements qui les ont menés à l'ivresse.

Les Romains et leurs orgies, en passant par les poètes, les artistes souvent, croyant trouver l'inspiration dans l'absinthe, « la fameuse fée verte ».

D'ailleurs Charles Baudelaire déclarait en son temps « *celui qui aura recours au poison pour penser, ne pourra bientôt plus penser sans poison* ».

Il n'y avait peu ou pas de solution pour se sortir du piège des paradis artificiels ou plutôt si en fait trois s'offraient à eux :

- l'asile
- la prison
- la mort

Bien plus tard apparaissent les cures de dégoût (alcool associé à un médicament « Espéral » qui incombaient un suivi médical car risque de problèmes cardiaques.

De nos jours, les choses ont bien changé.

Les centres de soins se sont développés et ont su évoluer avec un personnel médical spécialisé.

Le thème qui nous intéresse aujourd'hui, pose questions.

Certes, nous ne sommes pas dans le domaine médical, forts de nos diverses expériences et des soins reçus, nous pouvons en débattre afin d'apporter notre pierre si modeste soit-elle à combattre cette maladie des temps devenus modernes.

CURE :

Ce doit être une décision personnelle.

Dans le parcours de soins, le changement le plus important que nous rencontrons c'est que nous rencontrons les personnes durant le soin (sevrage ou cure).

Nous pouvons difficilement mettre en place le AVANT, PENDANT, APRES qui se faisait dans les débuts de l'association. On accompagnait le malade dans ces 3 phases.

POSTCURE :

Elle est nécessaire dans un parcours compliqué.

Besoin d'un suivi en parallèle avec les associations, les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Le rôle de l'association dans le suivi peut et doit jouer un rôle dans le parcours du malade pour l'amener d'une période sans alcool après les soins et faciliter le passage hors alcool.

L'association fait partie intégrante de la « caisse à outils » mis à la disposition du malade à sa sortie de soins.

Le malade participera à son rythme à la vie de la section.

Nous devons prendre en charge le malade et son entourage, l'aider, l'accompagner mais ne pas faire pour lui.

Lui donner une prise de responsabilité si infime soit-elle, sera le valoriser.

L'association agit parfois comme une postcure, chacun vient y chercher et prendre selon ses besoins personnels.

Les activités festives, les journées d'études, ces rencontres informelles apportent beaucoup dans le suivi.

L'important d'intégrer une équipe Vie Libre permet de voir que nous ne sommes pas seul et que l'on peut s'en sortir.

Tous les membres sont importants, anciens, nouveaux, chacun doit s'entraider.

Il faut améliorer la communication entre structures car échanger est important.

THEME 06 - L'AMITIE A VIE LIBRE – BESOIN DE RECONNAISSANCE EXCESSIVE

16 participants – 11 anciens malades – 5 abstinents volontaires

Animateur : Thierry MASUYER

DEFINITION :

L'amitié est une inclination réciproque entre deux ou plusieurs personnes n'appartenant pas à la même faille.

Parfois c'est une amitié de groupe.

La relation d'amitié est aujourd'hui définie comme une sympathie durable entre deux ou plusieurs personnes n'ayant aucune attirance physique ou psychique.

AMITIE ET NON JUGEMENT :

Moyens : activités autres que les réunions pour créer des liens. Invitation entre sections.

Comment peut-on avoir une amitié alors qu'on n'arrive plus à se dire bonjour (alors qu'un bonjour ne coûte rien et qui fait du bien).

Quand on sort de soins, un petit signe (appel, mail, carte, mot gentil) apporte du réconfort, d'où la nécessité de la relation amicale afin que la personne est envie de revenir.

L'avidité de pouvoir nuit à l'amitié.

Beaucoup de sections fonctionnent avec la convivialité. L'amitié est plus facile dans les petites structures car les gens se connaissent mieux car il y a moins de monde.

L'amitié, c'est instaurer un climat de confiance et de respect.

Pour conserver l'amitié, instaurer le dialogue.

L'AMITIE A VIE LIBRE :

André Marie TALVAS demandait que l'expression « **NOTRE FORCE EST NOTRE AMITIE** » ne se transforme pas en simple slogan. Elle devait rester le fondement de notre engagement et doit être vécue naturellement.

C'est la confiance, l'échange, l'écoute et une forme d'admiration pour autrui qui permettent un bon travail en équipe.

Les sections qui vivent bien, ce sont celles où tous s'entendent bien, anciens malades de l'alcool ou d'autres produits, tous sont heureux de se voir, de faire participer les familles à la vie de la section.

Accepter les personnes ayant connu des problèmes d'addictions autres que les nôtres est une preuve de l'esprit d'ouverture dans l'aide à la personne.

Beaucoup de personnes sont reconnaissantes à VIE LIBRE pour l'aide apportée lors de l'accompagnement.

La personne qui sort de soins a besoin de reconnaissance.



Pour nous militants, nous avons plus besoin d'être reconnus par la société.

THEME 07 - COMMENT ANIMER LA VIE D'UNE SECTION - SUITE A LA BAISSSE DE FREQUENTATION DE NOS PERMANENCES, FAUT-IL CONTINUER ?

9 participants –

Animateur : Bruno MARREL

COMMENT ANIMER LA VIE D'UNE SECTION ?

Le rôle d'animateur est par définition « d'animer » un groupe de paroles au sein de l'association.

Il doit écouter, laisser la parole, respecter l'autre. Il est optimiste, il a cet enthousiasme contagieux qui rejaillit sur ceux qui l'entourent.

L'animateur n'est pas forcément le responsable de la section, dont la qualité première est l'intégrité au sein du groupe.

Au vu du nouveau public demandeur, il devient intéressant de se former aux nouveaux modes de communication, en particulier dans le cadre des poly-addictions.

Comme mode de communication, nous disposons d'Internet, de mails, de SMS, de Facebook, d'Instagram.

A ce titre, Jean Claude nous fait remarquer qu'un spot de prévention au niveau national serait utile comme support.

Par les polyaddicts, nous sommes une structure capable de les accueillir.
En revanche, nous manquons de formations pour les prendre en charge complètement.
Certes des stages existent mais ils ne correspondent peut-être plus à la réalité du terrain.
Il faudrait aussi remettre toutes nos connaissances à jour et bénéficier de l'appui de nouveaux malades pour étayer nos offres en matière de soutien.
Lorsque nous intervenons dans les centres de soins, nous devrions demander aux malades, leurs attentes à notre association, plutôt que d'imposer nos idées.

FAUT-IL CONTINUER ?

Malgré la lassitude de certains liée à l'excès de charges administratives, il nous semble évident de continuer aussi bien pour les nouveaux malades que pour les anciens.
Vie Libre est une grande famille où convivialité et respect mutuel sont présents chaque fois.

THEME 08 - LES RESEAUX SOCIAUX PEUVENT-ILS REMPLACER NOS PERMANENCES OU REUNIONS ?

7 participants – 4 anciens malades – 3 abstinents volontaires

Animateur : Geneviève TESSIER

Tous autour de la table, nous étions venus pour apprendre sur les réseaux sociaux mais personne dans notre groupe n'était adepte à ces nouvelles technologies.

Ces échanges nous ont permis de faire ressortir des points positifs et négatifs.

D'abord pendant la pandémie, des visioconférences ont été mises en place dans des sections pour garder le contact avec les malades.

On sait que les réseaux sociaux ont une capacité d'audience importante, il faut en tenir compte. Néanmoins ils laissent de côté bon nombre de personnes qui ne sont pas techniquement équipés ou ne savent pas s'en servir.

Nous comprenons tous l'importance des réseaux sociaux mais le risque d'interruption ou de panne d'internet comme cela s'est produit récemment est un point noir pour eux.

Est-ce que cette large audience permet une prévention et une prise en charge ? Pas sûr.

L'accueil et l'écoute trouvés dans nos équipes permettent de choisir un parcours de soins personnalisés.

On peut souligner la difficulté pour certains à s'exprimer face au groupe, gênés par l'affichage de l'abstinence.

Les réseaux sociaux peuvent être une aide mais rien ne remplacera la relation humaine prévalente dans nos groupes, Elle est indispensable sur le chemin du patient.

Nous nous posons la question « **Comment toucher les jeunes par les réseaux sociaux** »
Peut-être en postant :

- Des vidéos
- Des jeux

Nous interpellons le National pour réfléchir à ce sujet de la prévention.

THEME 09 - LA CONFIANCE ET SES LIMITES : « PAS BU ? PAS VU PAS PRIS » LA CARTE ROSE, QUID DES POLY-ADDICTIONS

13 participants

Animateur : Jean Claude BEL

CARTE VERTE :

Engagement au sein de l'association sans obligation d'abstinence pour les accompagnants.

Ils s'engagent à ne pas consommer d'alcool en présence du malade.

Ce sont des sympathisants qui peuvent consommer avec modération.

CARTE ROSE :

L'accompagnant s'engage dans le Mouvement en faisant le choix d'être abstinent. Il devient donc abstinent volontaire engagé.

Le malade après 6 mois d'abstinence (dans les textes) peut faire sa demande de carte rose. Dans les sections souvent on attend un peu plus pour être sûr que la personne ne consomme pas.

Buveur guéri dans la définition de l'OMS c'est Abstinent être bien dans sa tête, dans son corps et dans ses relations.

La personne elle-même pourra dire si elle se sent buveur guéri.

CARTE TAUPE :

Elle est remise à la demande de la personne qui est dans un processus de soins.

LA CONFIANCE :

Elle se perd en bloc et se récupère au goutte à goutte.

La confiance est primordiale pour le processus de guérison.

L'accompagnant doit avoir confiance en lui pour redonner confiance à son (compagnon) ou sa compagne, à son entourage dans la démarche de soins.

Elle doit être réciproque.

Une aide importante peut être apportée par les réunions des groupes Femmes s'ils existent dans vos sections ou en créer un. Pour cela se rapprocher de votre Responsable de section pour infos.

THEME 11 - DVLP : LA COMMUNICATION ENTRE DVLP – COMMENT AMENER LE DETENU A RENCONTRER VIE LIBRE – QUELS NOUVEAUX DOCUMENTS POUR L'ACTION PRISON -

11 participants

Animateur : Patrick POUPELLOZ

QUE FAUT-IL FAIRE POUR AVOIR UNE MEILLEURE COMMUNICATION ENTRE DVLP ?

Le contact humain est très important. Il serait bien que l'on puisse recommencer la réunion trimestrielle, ceci afin de pouvoir remonter les informations au National.

Il faut refaire le planning des réunions pour 2022.

Les stages sont aussi de bons moyens pour communiquer.

Un stage est prévu en 2022 soit par Vie Libre, soit par la CAMERUP (Coordination d'Associations et de Mouvements d'Entraide Reconnu d'Utilité Publique).

Il existe un guide pratique du DVLP datant de 2010. Il faudrait le remettre à jour.

Dans ce guide, il faudrait inclure les témoignages d'intervenants prison pour savoir comment ils sont arrivés à rencontrer les détenus.

Savoir si la prison organise une réunion inter-associations ce qui nous permettrait de rencontrer toutes les associations + le SPIP + USCA et la Direction.

Roanne rencontrant particulièrement des difficultés pour intervenir, Patrick se propose pour prendre rendez-vous à la Région Inter pénitentiaire pour débloquer la situation.

COMMENT AMENER LE DETENU A RENCONTRER VIE LIBRE ?

L'approche du malade en détention

Bonjour, nous représentant le Mouvement VIE LIBRE, une association qui aide les personnes en difficulté avec l'alcool. Nous avons connu la maladie alcoolique et notre vécu d'anciens malades est notre outil pour intervenir en milieu carcéral.

Si vous le souhaitez, nous pouvons faire ensemble un bout de chemin pendant votre incarcération pour parler de votre addiction au produit et préparer votre sortie. A vous ensuite de continuer à l'extérieur avec une association de votre région, le travail que vous aurez commencé durant votre incarcération, pour éviter la récurrence.

Voilà en quelques lignes, la première approche avec la personne privée de liberté qui rencontre le/les Délégué Vie Libre Prison (DVLP).

L'action prison n'a rien de compliqué à part le règlement intérieur de la prison auquel le DVLP doit se plier. Nous rencontrons des personnes sous-main de justice et notre rôle est de les diriger vers le droit chemin pour éviter les pièges de l'euphorie de la liberté vis-à-vis de l'alcool (chose qui n'est pas facile).

Les personnes retenues dans les murs ont besoin d'une écoute et les militants et militantes du Mouvement savent l'importance de cet échange sans jugement.

En entretien, il y a le détenu qui en veut à la justice. Attention à ne pas rentrer dans son jeu, nous devons rester neutres vis-à-vis de tout ce qui est justice et administration pénitentiaire.

Restons dans notre rôle d'aide et de préparation à la sortie.

Nous rencontrons des personnes incarcérées qui jurent qu'ils ne toucheront plus à l'alcool. Allons dans leur sens en leur rappelant que le test se fera à leur libération.

Enfin la peur de la ré-alcoolisation à la sortie est présente pour certains détenus.

Pour le/les DVLP, cette situation est intéressante car la personne se pose plein de questions et est demandeur de soutien pour la sortie.

Tous ces échanges en milieu carcéral sont enrichissants, que ce soit entre militants et détenus mais aussi avec le personnel pénitentiaire. Nous apprenons la vie au quotidien de la personne logée derrière les barreaux, rythmée par le travail (pour certains), les promenades, les rendez-

vous avec l'US (Unité Sanitaire) le SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) et autres. Les entretiens avec les DVLP se déroulent soit en individuel, soit en groupes, sur un thème défini par les détenus ou par les Délégués Vie Libre Prison.

Tous militants et militantes désirant avoir plus d'informations sur l'action Prison peuvent s'inscrire au stage national prison qui se déroule chaque année à l'Ascension.

Un exemple : les détenus de la Talaudière se sont réunis pour établir un questionnaire destiné à un intervenant Vie Libre. Ces réponses seront diffusées en cours interne de la prison. Il faudrait instaurer ce système dans les prisons pour nous faire connaître.

On ne peut que regretter que le journal « VIE NOUVELLE » n'existe plus car c'était un bon moyen de communication à l'intention des détenus.

Nous pourrions aussi nous renseigner pour connaître le nombre de correspondants épistolaires, avoir leurs coordonnées et pouvoir communiquer dans un premier temps avec les détenus. Ceci d'autant plus qu'il n'y a pas de limite d'âge pour le correspondant Vie Libre.

Pour le DVLP l'âge limite est de 75 ans. Voir cependant avec la Direction de la prison pour avoir une dérogation.

Dans chaque prison il y a une bibliothèque. Avec l'accord de la prison, nous pouvons laisser des revues LIBRE dans cette bibliothèque, afin de nous faire connaître.

Action à la prison de la Talaudière

La radio de l'Ondaine en partenariat avec l'IREPS ont travaillé avec le SPIP avec la Maison d'arrêt pour une interview sur le fonctionnement d'une association. 2 militants Vie Libre ont répondu aux questions préparées par les détenus en amont.

12 – L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES ADDICTIONS

11 personnes des sections de Vénissieux, St Priest, Annonay, la Talaudière, Villeurbanne et Givors.

Animateur : Jean Claude MYLNE

Ce thème je l'ai proposé après l'annulation des journées d'études lors du premier confinement, intitulé : l'impact de la crise sanitaire sur les addictions et j'aurai dû ajouter de la santé mentale, toutes générations confondues.

Je laisse la parole aux deux rapporteurs

Les français détiennent un record mondial peu enviable :

Nous sommes les premiers consommateurs d'anxiolytiques et de cannabis au monde !

Depuis près de 2 ans nous vivons au rythme de la crise sanitaire mondiale sans précédent.

Cet atelier n'est pas une tribune de critique de la politique de santé publique engagée par notre gouvernement mais un lieu d'échange sur nos propres expériences pendant cette crise.

Devant l'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis et l'émergence de nouvelles addictions, les écrans et autres objets connectés comment avons-nous subi et géré cette crise.

Les échanges ont été fructueux et ont abouti à un constat

- Isolement, solitude, perte de repère social.
- Anxiété

Les personnes se sont réfugiées dans les addictions classiques, alcool, tabac... mais ont parfois basculé dans les addictions sans produits, les écrans, les smartphones....

Les confinements successifs ont accentué les violences intra conjugales et familiales

Les restrictions sanitaires nous ont empêchés de tenir nos réunions, visites à domiciles et dans les centres de soins avec pour conséquence une baisse de motivation.

Fort de ce constat nous devons avoir le courage de nous remettre en question de revoir nos moyens et politiques de communication.

Sortir de l'entre soi et mettre en synergie les idées des sections qui forment notre Mouvement.



*LE COMITÉ RÉGIONAL
VOUS DONNE RENDEZ VOUS
L'AN PROCHAIN*

**À SAMOËNS
LES 06-07-08 MAI 2022**

MERCI À TOUTES ET TOUS

