

Addictions
alcool



Vie libre

WEEK-END D'ÉTUDES
06-07-08 MAI 2022
À SAMOËNS



C'est au Village Vacances des Becchi à SAMOENS (74340) que nous nous retrouvons cette année pour la 6^e fois au milieu de nos montagnes chères à notre région Rhône-Alpes, en n'importe quelle saison. Ces montagnes nous apparaissent différentes selon l'hiver ou l'été. Nous vous encourageons à les découvrir. Nous sommes venus en 2006 (300 pers) en 2008 (320 pers) en 2011 (290 pers) 2013 pour le 60^e anniversaire du mouvement (300 pers) en 2016 (225 pers)

Cette année, nous sommes 160 à participer aux 29^e Journées d'études en Rhône Alpes. Nous avons moins d'adhérents et une population vieillissante et qui a souffert également du Covid19. Nous remercions tous ces buveurs guéris, ces abstinents volontaires, conjoints et enfants, sympathisants ou malades en cours de soins qui sont venus de l'**Ain** (Albarine), de l'**Ardèche** (Annonay), de l'**Isère** (Grenoble), de la **Loire** (Feurs, Firminy, La Talaudière, Roanne, Saint-Etienne, Veauche, du **Rhône** (Givors, La Duchère, Monts du Lyonnais, Rillieux, St Laurent de Chamousset, Saint-Priest, Vénissieux, Villeurbanne) de la **Savoie** (Albertville) de la **Haute-Savoie** (Annecy-Rumilly, Megève). et des amis de la Marne, de la Moselle, du Doubs, du Jura qui ont plaisir à nous rejoindre car nous sommes les seuls à organiser un tel rassemblement sur 3 jours.

Nous accueillons cette année nos amis de la Croix Bleue, sa présidente nationale, Marie CONSTANCIAS (Lyon) un de ses vice-présidents ROMAIN Bernard (Valentigney) ainsi que des membres de Montbéliard, de Valentigney et de Riom et de Saint Etienne.

Notre Mouvement est un mouvement familial, mais les familles avec des enfants ne viennent plus, nous sommes une majorité de gens ayant entre 61 et 75 ans, et des personnes de plus de 80 ans.

Chaque participant a reçu son dossier ainsi qu'un set de table de Samoens, un bloc et un stylo (souvenir de nos Journées d'Etudes).

Nous tenons à remercier la Ste TEFAL, la Ste BADOIT pour les lots ainsi que les sections d'Annecy Rumilly, Megève qui ont collecté des lots, et à nos généreux donateurs comme Michèle LUCE, Pascal ESTERMANN, Patrick POUPELLOZ. Merci à tous les départements pour leurs paniers ainsi que les autres Champagne-Moselle, Franche Comté qui vont nous permettre de découvrir leurs spécialités.

Tout cela pour agrémenter la tombola des participants à ce week-end qui est tant attendue.

Un programme varié nous attendait pour ces 3 jours mêlant un peu de tourisme, des conférences, du travail en groupe, de la distraction, un peu de piscine.

Le vendredi après-midi, nous a permis de découvrir le Cirque du Fer à Cheval à SIXT. C'est un cirque naturel avec des parois de 500 à 700 m de hauteur, couronné par des sommets approchant 3 000 mètres d'altitude. Il tient son nom de la forme de ses falaises qui dessinent un demi-cercle. Plus de trente cascades jaillissent de ses falaises et de ses névés! Certaines cascades du Fond de la Combe et le Nant des Pères au Fer-à-Cheval sont alimentées par des glaciers. Sous la Corne du Chamois, outre la Méridienne, il faut citer la Pierrette, une des plus hautes, appelée aussi la Fontaine de l'Or, et, à proximité, la Méridienne. Au-delà, sur

les falaises du Fer à Cheval : le Joaton, Pissevache, la Lyre (une des plus belles), la Genette et, sur le même torrent mais à l'amont : Saint-Jacques, puis la Citerne, Folly, la Massue... Plus à l'aval : enfin, au-dessus du village du Brairet, la cascade du Dard. Dans le vallon du Fond de la Combe: le Rejon, la Cage, la Scie, le Violon, la Gouille... Bouclant l'Est de la vallée du Giffre, c'est un immense amphithéâtre calcaire de 4 à 5 km de développement. C'est le plus grand Cirque montagneux alpin. Dominé par la Corne du Chamois. Il s'appuie sur les flancs découpés du Tenneverge (2985 m). De nombreuses randonnées en perspective pour les amateurs.

Certains ont profité de visiter le village ou bien de la piscine.

A 17 h tout le monde s'est retrouvé pour la présentation du Comité Régional, du Bureau ainsi que les animateurs des groupes de travail pour le samedi avant la conférence de Nadia KANTOROWICZ – Infirmière qui nous parlera de la **Complémentarité des ELSA-CSAPA-Associations dans le parcours de soins (sevrage, cure, postcure)**. Les différentes possibilités qui s'offrent à nous pour aider les malades à se prendre en charge (voir compte-rendu ci-après)

Nous dégustons un plat savoyard du coin, les diots et le gratin de crozets.

Après le repas, nous avons retrouvé avec plaisir TESSIA la chanteuse et son guitariste Hervé que nous avons vu aux Karellis en 2014 qui nous a charmée par sa voix comme toujours dans un récital de chansons françaises et anglaises.

Samedi matin, chaque participant rejoint le groupe de travail qu'il a choisi à l'avance

01 - Faire comprendre à l'entourage que l'alcoolisme est une maladie et qu'il faut du temps pour la soigner- la codépendance et le déni de l'entourage

02 - Abstinence et réduction des risques comment cohabiter en réunion ?

03 - Dépression et/ou maladie alcoolique ? Incidences de l'alcool sur le physique et sur le psychique

04 - Savoir écouter le malade pour l'accompagner

05 - Privilégier le contact en présentiel en complément des réseaux sociaux - **Annulé faute de participants**

06 - Importance des CSAPA - ELSA et des associations - Complémentarité

07 - Comment envisageons-nous la continuation des mouvements d'entraide ?- Comment nous faire connaître ?

08 - Pourquoi cumuler les sevrages, cures, postcures sans se remettre en question ?

09 - Addictions aux écrans (téléphone, internet, Facebook, etc. ...) – La cyberdépendance, comment prévenir ? **Annulé faute de participants**

10 - La violence en raison des addictions – séquelles de la pandémie.

11 - Manque de bienveillance entre les adhérents vie libre – comment gérer les conflits lors des réunions.

12 – DVLP : Comment travailler avec les instances judiciaires et pénitentiaires ?

Le repas sera pris par thème afin de continuer les discussions et faire connaissance avec les autres personnes de la région ou non.

L'après-midi continuation du groupe, élaboration de la synthèse – temps libre pour la promenade ou la piscine.

A 17 h conférence de Michel KAIRO, ami de longue date de Vie Libre qui nous parlera de LA TEMPORALITE (voir compte-rendu).

Le soir nous aurons droit au repas savoyard avec sa tartiflette et la tarte aux myrtilles.

Soirée avec Joel et Maryline BIOUX que nous voyons pour la 4^e fois et qui nous emmènent découvrir l'enquête de l'Inspecteur Tigane et où participent une vingtaine de spectateurs. Chaque fois c'est une histoire différente en fonction des participants et surtout de leurs réparties.

Dimanche matin, chaque groupe présentera sa synthèse. Photos de groupe.

A la pause nous profitons du marché des produits régionaux qui a bien voulu venir au Centre avec ses saucissons, charcuteries diverses, fromages.

Tirage de la tombola des présents, chacun a sa chance de gagner soit un panier garni, un objet d'artisanat ou autre.

Après le repas ce sera le retour dans nos sections.

Ces 3 jours auront passé bien vite mais nous vous donnons rendez-vous l'an prochain pour **le 70^e anniversaire de VIE LIBRE à VOGUE les 31 mars – 01 et 02 avril 2023.**

VIE LIBRE

Programme du Week end des 06-07-08 MAI 2022 à SAMOENS

Vendredi 06 mai

- 10 h 30 – 11 h 30** Remise des dossiers - Distribution des chambres selon disponibilité
- 12 h 15 – 13 h 45** Repas et accueil par la Direction du Centre et Jean Claude VALOIS
- 14 h 00 – 16 h 45** Visite du cirque du Fer à cheval à SIXT - Temps libre - piscine
- 17 h 00 – 17 h 15** Présentation du Bureau et du Comité Régional, des animateurs de groupes
- 17 h 15 – 19 h 15** Conférence avec **Nadia KANTOROWICZ – Complémentarité des ELSA-CSAPA-Associations dans le parcours de soins (sevrage, cure, postcure)**
- 19 h 30 – 21 h 00** Repas
- 21 h 00 – 22 h 30** Animation soirée TESSIA et Hervé

Samedi 07 mai

- 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 – temps libre
- 16 h 00 – 16 h 45** Pause
- 17 h 00 – 19 h 15** Conférence avec **Michel KAIRO – La temporalité**
- 19 h 30 – 20 h 45** Repas savoyard
- 21 h 00 – 22 h 30** Inspecteur TIGANE mène l'enquête avec Joel BIOUS

Dimanche 08 mai

- 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 à l'accueil
- 11 h 45 – 12 h 30** Tirage de la tombola des participants
- 12 h 45 – 14 h 00** Repas

CONFERENCE DE Nadia KANTOROWICZ

Complémentarité des ELSA-CSAPA-Associations dans le parcours de soins (sevrage, cure, postcure)

Après un CAP de comptabilité, à 25 ans je me suis orientée vers aide-soignante puis j'ai fait une remise à niveau ça m'a pris 6 ans je suis devenue infirmière en médecine générale, je voyais sur les dossiers les médecins qui notaient : chronique OH cela voulait dire alcool dépendant. Ça m'a interrogé donc j'ai fait mon DU d'alcoologie. En 2009 j'ai donc fait une demande d'Equipe de Liaison de Soins en Alcoologie à l'Hôpital Edouard Herriot.

Il me semble important de revenir sur l'histoire des Centres Ambulatoires, de la création des ELSA ; de préciser aussi qu'est-ce qu'un sevrage hospitalier, une cure et post cure, positionnement des associations. Je finirais par exposer 2 cas clinique afin de montrer la complémentarité de tous ces dispositifs, comment on peut travailler ensemble.

Pour ceux qui me connaissent, je suis assez pointilleuse sur le vocabulaire, il est important d'avoir une même lecture, car le champ lexical de l'addictologie et du soin en addictologie ont énormément évolué ces 20 dernières années.

Je vais citer Georges PEREC qui disait « *Vivre c'est passer d'un espace à un autre, en essayant le plus possible de ne pas se cogner* ». Vivre c'est prendre dans des risques.

Ensemble nous allons voir comment on peut utiliser chaque dispositif sans être redondant, en gardant du sens dans la démarche de soin ; à savoir que finalement, la personne addictive reste seule actrice de son soin et que nous tous thérapeutes sommes là, dans l'accompagnement, à côté de On va faire du sur mesure avec le patient.

Les CSAPA : CENTRE DE SOIN D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION en ADDICTOLOGIE :

Ces centres sont définis par la circulaire du **28/02/2008** et par la loi N° 2002-2 du **2 janvier 2002** relevant de l'action sociale et médico-sociale. Les ELSA sont de 2009.

Ces nouveaux établissements médico-sociaux sont le rapprochement des anciens centres de cure Ambulatoire en alcoologie (CCAA) et des centres spécialisés de soins aux toxicomanies (CSST) avec la loi du 31/12/ 1970 volet répressif et thérapeutique, portés par des associations.

Avant les CCAA (l'alcool) relevaient de l'hygiène alimentaire et c'était les épidémiologistes qui étaient référents à l'hôpital.

Ils font suite à l'évolution des réflexions, depuis 2000 sur la prise en charge globale en addictologie.

C'est la circulaire DHOS/02-DGS/SD6B du **8 septembre 2002** relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. Cette circulaire insiste sur la nécessité d'organiser une politique générale de prise en charge des consommations abusives. Le dispositif apparaît cloisonné et centré soit sur la toxicomanie soit sur l'alcoolisme et le tabac. Pourtant, il existe une forte corrélation entre les divers types de consommations : entre alcool et tabac entre drogues illicites et alcool ou médicaments psychotropes. Donc c'est vraiment une autre vision et un vrai changement d'approche :

- **C'est offrir non plus, des réponses centrées sur les produits mais sur les conduites de consommations autour desquelles s'est établi un consensus international qui distingue l'usage, l'abus ou usage nocif et la dépendance. De prendre en compte l'ensemble des produits –tabac, alcool, produits illicites médicaments psychoactifs. Ces réponses consistent à repérer les différentes dépendances ainsi que les poly consommations.** *Ex : « j'arrête un produit, j'augmente un autre etc....les vases communicants »*

On parle aussi des consommations sans produit.

On prend les gens dans la globalité, on arrête un produit pour passer à un autre.

On ne parle plus aujourd'hui d'approche catégorielle comme décrite au-dessus mais d'approche dimensionnelle : addiction sévère, addiction modérée, addiction légère, usage à risque et consommation non pathologique. Le tabac est aujourd'hui considéré comme une drogue dure et son accompagnement doit être possible dans un CSAPA.

Se pose la question pour les associations de suivre la même évolution ou faut-il rester par produits ?

Le tabac ils ont un budget à part.

Plus récemment, la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Mildéca (Education nationale) ont demandé à un chargé de mission de la Fédération Addiction, de contacter des thérapeutes de CSAPA et CAARUD au niveau national pour réfléchir à un livret afin que les centres puissent accueillir des personnes ayant que le tabac en produit principal. J'ai répondu à Lyon.

Ces centres s'adressent également aux personnes présentant une addiction sans substances dit comportementales (écrans, tous les écrans, TCA, jeux, etc) et accueillent aussi l'entourage.

Les CSAPA assurent le sevrage ambulatoire et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux dont les traitements de substitution...).

« C'est avec la substitution des opiaces en 1994 que le médical et paramédical arrivent en centre ambulatoire. Avant c'était beaucoup de psychologues, éducateurs spécialisés et la place du médecin peu reconnue, presque vu comme un sous médecin.... »

Les missions obligatoires et facultatives des CSAPA doivent pouvoir être réalisées dans le respect de l'anonymat, s'agissant de l'usage de stupéfiants (produits inscrits sur la liste des stupéfiants de la préfecture).

Les CSAPA sont rémunérés maintenant par l'ARS, ce n'est pas un budget pérenne et ils sont tenus de donner une file active donc de résultats.

Pas si simple de réunir des professionnels avec différentes pratiques et représentations entre les produits. Exemple : échelle sur les produits, tabac toujours à part avec un budget à part.

Les CJC – consultations jeunes consommateurs :

Elles concernent les 12 – 25 ans et sont rattachées à un CSAPA, elles ont été pensées pour répondre plus rapidement à ce public (délai 15 jours environ)

Création en 2004 par les pouvoirs publics → Annexe circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 :

- Evolution des pratiques addictives dans la population jeune
- Adolescence : une période « propice » à l'expérimentation
- Jeunes consommateurs : un public qui accède difficilement au dispositif de soins classiques.

Les CAARUD Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)

Ont été instaurés par la loi de santé publique du 9 Août 2004.

Les CAARUD, structures spécifiquement dédiées à la réduction des risques auprès des publics vulnérables consommateurs de substances psychoactives, développent leur action en complémentarité et en synergie avec les CSAPA,

« Les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers » ils peuvent aussi analyser les produits. »

Les CAARUD sont les premiers à parler de la RDRD

Elle a été confirmée par la loi n° 2016-41 du **26 janvier 2016** dite de modernisation de notre système de santé, avec notamment la définition de la politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) en France.

La réduction des risques permet d'aller vers les personnes qui ont une consommation active (quel que soit le produit concerné) et de définir un accompagnement adapté, progressif, axé sur la reconstitution des capacités des personnes à prendre soin de leur santé physique et mentale. Elle représente une partie tout à fait essentielle du parcours de vie et de soins des personnes confrontées à une pratique addictive avec produits illicites ; l'alcool seul produits les usagers ne sont pas acceptés.

Les ELSA (Equipe de Liaison et de soins en addictologie)

Des équipes pluridisciplinaires "d'intervention" intra hospitalières. Elles sont définies par la circulaire DHOS/O2-DGS/SDGB N° 2000/460 du 8/09/2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

Les missions d'une ELSA sont :

Aider à la prise en charge des personnes hospitalisées ayant des conduites addictives quelques soient le motif d'hospitalisation

Former et assister les équipes soignantes de l'ensemble de l'hôpital.

On va traiter les alcoolisations aiguës, comme une tentative de suicide.

C'est d'abord l'idée de laisser une trace mnésique au patient.

C'est un service hospitalier transversal, sans lit, qui a un budget pérenne. Les ELSA sont rattachées à des services d'urgences, et un pôle d'addictologie. Il existe 3 niveaux :

- Niveau 1 : une équipe ELSA (médecin, infirmier)
- Niveau 2 : ELSA (médecin psychiatre – secrétaire médicale) + une consultation d'addictologie pour ouvrir un service de lits de sevrage

- Niveau 3 : c'est le niveau 1 et 2 + la recherche hospitalière.

Les derniers arrivés sont les hôpitaux de jour en addictologie et/ou psychiatrique, ils sont généralement rattachés à un hôpital, ils peuvent être privés mais en secteur 1 donc pas de dépassement d'honoraire. Cela va renforcer les soins. Proposition d'ateliers. Le temps de réflexion c'est du soin. C'est un outil.

Différences entre sevrages hospitaliers cures, post cure.

Sevrage hospitalier :

- ✓ peuvent être en médecine 7 jours -médecins
- ✓ En service d'addictologie 15 jours avec une prise en charge groupale et individuelle ; équipe pluridisciplinaire

Cure : centre spécialisé en addictologie ; plus de 15 jours c'est un SSR soin de suite et de réadaptation spécialisé en addictologie souvent 5 semaines - une semaine de médecine et 4 semaines de SSR et plus si besoin et on parle plutôt de semaine de consolidation

Post cure reste dans le langage commun mais n'existe plus en ce terme

Après on parle de centre thérapeutique résidentiel :

Elle est composée d'une directrice, d'un chef de service, d'un médecin addictologue, infirmiers, éducateurs spécialisés, psychomotricien et veilleurs de nuit.

La prise en charge :

1. **La vie de groupe** : gestion du quotidien, réunions de groupe, ateliers : découverte de l'environnement, activités sport-santé et culturelles.
2. **Projet individualisé** : des objectifs personnalisés s'élaborent avec l'aide d'un binôme de professionnels référent au cours d'entretiens et de bilans.

Durée de séjour

Elle est contractualisée en fonction du projet individuel. Elle peut s'interrompre à l'initiative des 2 parties ou peut aller jusqu'à 3 cycles de 12 à 15 semaines.

Il est important d'avoir un vocabulaire commun pour une culture addictologique commune.

Pour chaque terme demandé par quoi on peut le reformuler :

- Centre de désintoxication on entend encore cette expression « on m'a enfermé »
- La rechute ? Comment l'exprimer autrement sans avoir une valeur de jugement mais reprise des consommations, pas de négation
- Toxicomane le terme n'existe plus en fait depuis au moins 1993, on parle désormais de dépendant aux opiacés
- Traitement substitutif Opiacé TSO// on parle maintenant de TAO Traitement Agonistes Opioïde on ne stigmatise pas.
- Alcoolisme plutôt dire alcoolo dépendance.

Apprendre la reformulation, la base de la communication. On n'est pas dans la honte, ni dans la culpabilité.

CAS CLINIQUES

Deux situations de prise en charge au CSAPA qui montrent la collaboration avec les différents partenaires. On en discute après. Une qui se finit bien et l'autre moins bien. Rappel des règles de confidentialité.

1) **Mr C., âgé de 47 ans** adressés par son médecin traitant pour symptomatologie anxiodépressive. :

21/11/2019 : première rencontre avec le Dr PELLEREAU Psychiatre addictologue, pour symptomatologie anxiodépressive au CMP.

Sur le plan familial : vit seul, séparé de la mère de ses enfants depuis 2018, père de 2 enfants : 1 fils de 18 ans, en facultés de langues étrangères à Paris ; et 1 fille de 15 ans chez sa mère à Lyon garde partagée.

Pour lui, parents séparés depuis son enfance. Sa mère a eu un nouveau compagnon, mécontente importante, le décrit comme violent verbalement. Mère vit dans l'Ouest lyonnais, son père à Antibes ; a une sœur de 51 ans dans la région parisienne.

Sur le plan professionnel : master 2 de droit. Travaille comme conseiller en assurance, est en arrêt de travail depuis le 4 octobre 2019 jusqu'au 25 novembre Arrêt de travail sont faits par le médecin traitant.

Il est locataire de son appartement, vit chez sa mère depuis quelques mois.

Histoire de la maladie :

Il rapporte des fluctuations de l'humeur sur des années, qui aurait débuté après ses années d'études, sans retrouver de facteur déclenchant évident. Épisode actuel évoluant depuis janvier : apragmatisme-(incapacité d'origine psychologique, à initier une activité ou à maintenir un comportement adapté aux besoins quotidiens.) ; troubles du sommeil avec réveils nocturnes et difficultés à se rendormir, asthénie diurne, angoisses diffuses.

Prescription début octobre par SOS médecin (habite à côté) d'antidépresseurs et d'anxiolytiques sans amélioration rapportée. A son médecin traitant il décrit plutôt des angoisses sans véritable tristesse de l'humeur, un ralentissement psychique, et une difficulté à prendre des initiatives.

ATCD familiaux : Alcoolodépendance chez le père

ATCD personnel

- somatique : Suivi par endocrinologue - Anévrisme cérébrale pas surveiller épisode isolé sans suite.
- Chirurgicaux : Fractures du coude gauche : chute ; fracture du poignet chute mécanique en haut d'une chaise.

- Psychiatrique dit avoir consulté plusieurs psychiatres libéraux il y a plusieurs années ; Un médecin addictologue à St Luc St Joseph, suivi entre 3 et 10 consultations, stop car peu efficace. Pas d'antécédent de tentative de suicide
- Addictologiques :
 - Tabac depuis l'adolescence : 1 paquet de cigarettes manufacturées , quelques tentatives d'arrêt
 - Cannabis à l'adolescence uniquement en expérimentation
 - alcool : premières consommations à l'adolescence - amené en vacance par son père au bistrot ; pendant les études en festif seulement mais en grande quantité. Progressivement augmentation des consommations, pouvant aller jusqu'à 14 unités /j. ne consomme jamais au travail. A déjà consulté pour l'alcool, essai d'un traitement pour arrêter l'alcool mais sans succès.

Éléments cliniques :

Contact correct, haleine œnolique (dit avoir bu 2 verres de vin ce midi) consultation en fin d'après-midi.

Léger ralentissement psychique, discours cohérent mais parfois peu précis. Il décrit une amélioration psychique de certains symptômes : meilleur appétit et sommeil depuis qu'il est installé chez sa mère. On sait pas si c'est la dépression, si c'est l'alcool. Il persiste un apragmatisme, une avolition, (la réduction ou l'absence d'actes volontaires, la difficulté à s'impliquer et à poursuivre des objectifs programmés. La volonté peut être préservée et exprimée; ce qui fait défaut, c'est la motivation, l'énergie, l'implication pour agir. Ce qui est donc observable, est l'écart entre la volonté d'agir et le comportement.) , une anhédonie (quand on ne ressent pas d'émotions positives, absence d'émotions) et une perte de la libido. Au niveau du travail, il ne décrit pas d'ambiance délétère mais ne supporte plus les obligations de rendements et constate une fatigabilité. Il est fatigué.

Quelques idées suicidaires floues, non scénarisées ; ne voit plus ces amis malgré leur sollicitation depuis janvier.

test de Hamilton (dépression) à 12 qui montre dépression légère

Concernant ses consommations d'alcool, il n'est pas dans le déni, il a assez bonne conscience de la problématique, reconnaît « **qu'il ne peut pas ne pas boire un jour** » **double négation** donc il boit tous les jours.

Les inconvénients des alcoolisations : majoration de la fatigue, de la tristesse ; alcool anxiolytique et occupationnelle importante. Il explique que l'alcool a eu des conséquences délétères sur son entourage, notamment sur son couple sans donner plus de détails.

Il ne sait pas trop ce qu'il attend du suivi au CMP et précise qu'il ne souhaite pas de thérapie groupale

En conclusion : patient de 47 ans présentant un tableau anxiodépressif d'intensité légère évoluant depuis plusieurs années avec une comorbidité alcoolique

→Lettre à faire au médecin traitant pour la continuité de la prescription des psychotropes et antidépresseurs

→motivation au changement pour l'alcool proposition de tenir un journal des consommations

→ information des unités d'alcool standard

→ balance décisionnelle remise

Première rencontre avec le psychiatre addictologue qui dure une bonne heure pour faire connaissance. Elle va le voir en moyenne tous les 15 à 21 jours.

Les plaintes sont centrées autour du travail, des difficultés de communication entre le médecin du travail, le médecin psychiatre et le médecin traitant. Il va falloir faire du lien.

Des objectifs sont fixés à chaque fin de séances sur la consommation d'alcool ; RDRD alcool lissage des consommations

→ **fin janvier 2020** : Mr C devrait reprendre le travail à mi-temps thérapeutique. Tout cela l'angoisse énormément, il dit qu'il appréhende les regards des autres, d'être complètement perdu dans son travail ; il ré explique qu'il n'est pas à l'aise dans son travail et que son employeurs doit avoir de l'empathie et il veut lui en parler.

Il a une pré visite avec le médecin du travail le 4 février et en arrêt du travail jusqu'à cette date. Il explique aussi qu'il a bien diminué qu'il boit une bouteille de vin (7 unités) par contre, parfois c'est difficile de ne pas boire le matin. Il ne boit que deux unités le midi.

Au niveau médicament, ne supporte pas le Révia, a toujours l'antidépresseur et essai de la phytothérapie pour la nuit

Elle lui ré explique qu'un sevrage hospitalier est possible. Il ne peut pas l'envisager pour l'instant et préfère continuer le lissage des consommations. Il refuse l'HDJ car toujours pas à l'aise avec le groupe

→ Entre – temps, il n'a pas pu se rendre à sa consultation de pré admission car dit avoir été « tétanisé » par l'angoisse et appel le médecin en urgence – **mobilisation du Dr Pellereau avec médecine du travail médecin traitant : objectif ne pas perdre son travail et qui fait quoi ?** → **Une reprise des consommations importante alcool et tabac**

fin mars Dr Pellereau en parle à Lyade et consultation prévue avec moi le 15 avril 2020

Entre temps dégradation importante de Mr C, il arrive alcoolisé en consultation du Dr P. en état limite incurie. Ses enfants, sa mère sont très inquiets et l'appelle tous les deux jours. Il n'a toujours pas repris le travail

Mr C ne se dégrade physiquement et moralement pas d'idées suicidaires et pas de caractère d'urgence somatique. Il a perdu son père pendant le confinement.

Durant le confinement : 3 appels entre le 15 avril et le 29 avril de ma part, bon contact

De retour chez lui mail de la mère car cela ne se passe pas très bien. S'isole

Je le vois en présentiel le 20 juillet 2020 :

→ Au niveau du travail toujours en arrêt, bilan de compétence mais parle tjs de reprendre le travail ; parle de nettoyer son appartement de déménager chez sa mère

→ Au niveau l'alcool et tabac : 3 bouteilles par jour et 1 paquet de cigarettes, boit beaucoup par ennui

→ OK pour un sevrage ambulatoire du 10 aout au 15 aout. En lien avec le médecin traitant et l'infirmière. Il tient une semaine. Reprendra l'alcool dès la fin du passage des infirmiers.

2 septembre 2020: repris l'alcool à 4 unités ;(Il est avec Dr P.) toujours ambivalence sur l'abstinence même avec une balance décisionnelle en faveur de l'abstinence, du zéro alcool. L'alcool joue alors un rôle d'anxiolytique et antidépresseur encore trop important auquel il ne parvient pas à renoncer en plus d'un rôle hypnotique. Sans l'alcool, Mr C décrit des ruminations, angoisses, problèmes de sommeils avec cauchemars. Il constate quand même que le sommeil est amélioré à la compagnie pour être plus au calme chez sa mère. Il envisage de déménager mais pas d'énergie.

Au niveau médicaments : attention avec les psychotropes car reprise OH

Consultation à Lyade avec moi une fois par mois dernière en présentiel le 26 octobre, au téléphone le 14 avril 2021

Il continue la prise en charge au CMP : légère période de mieux être avec RDRD alcool puis a eu La COVID et mail du 25 mai 2020 de la mère qui alerte sur l'état de son fils et demande de l'aide. PLS csl avec des hauts et des bas refuse toujours participer aux groupes. Dr Pellereau arrive à le voir le 26 mai 2021 se présente dans un état incurie, méconnaissable pris du poids, augmenter le tabac 2 paquets et 3 bouteilles d'alcool. Pense à un sevrage hospitalier à l'hôpital. Il est retourné chez lui.

Arrêt du CMP avec le départ en avril du Dr P relais sur Lyade.

Mails échangé avec la mère et on apprend son décès début juin 2021 ; enquête en cours C'est son histoire à lui. Il s'est isolé sa mère était là. Il est resté avec sa honte de boire, sa culpabilité. On en a parlé des associations, bien sûr. Il faut qu'il accepte de recevoir une association. On a essayé de faire un maillage avec tout le monde, médecins traitant, CMP, infirmiers. On a nos propres limites on ne peut pas contraindre les gens à des soins s'ils ne veulent pas, ne peuvent pas.

On oublie souvent de dire que les CSAPA sont ouverts aussi à l'entourage.

Depuis janvier on a 34 % de personnes qui ne sont pas venues ni prévenue de leur absence. L'abstinence est un outil, le produit a aidé à vivre à une époque.

On fait sur mesure avec chaque personne. Qu'est-ce qui est possible pour vous ? Ces motivations. On est dans une alliance thérapeutique.

Il faut du temps pour accompagner un malade alcoolique, environ 2 ans pour qu'il s'en sorte ou pas malheureusement.

Cas Mr M

Mr M – 39 ans Première démarche en addictologie car a pris conscience qu'il boit trop et demande de l'aide car ne sait pas quoi faire.

En couple, 2 enfants de 7 et 4 ans – vit en appartement – sa compagne est atteinte d'une sclérose en plaque (auto sondage) fatigabilité importante. Il s'occupe beaucoup des enfants. Il est ingénieur en atelier plasturgie, poste à responsabilité mais tension avec son supérieur.

Antécédent : syndrome d'apnée du sommeil traité par orthèse depuis 3 ans

Les produits :

- Alcool : consommation excessive de 18 à 30 ans avec perte de contrôle progressive puis diminution pendant 4 ans en lien avec le début de son couple. Ré augmentation des consos en 2015 ritualisé en rentrant du travail en attendant que sa compagne et les enfants rentrent. Consommation estimée à 4 litres de bière à 6° par jour.
- Tabagisme actif à 30 cigarettes de tabac à rouler
- 1 joint le soir pour s'endormir de temps en temps

Premier entretien téléphonique pendant le confinement le 22 avril 2020. Il faudra attendre le 08 juin pour se voir en présentiel. Entretiens téléphoniques

Sa demande est claire sur le sevrage hospitalier mais se pose la question d'une cure longue. Il en parle à ses parents qui n'étaient pas au courant de son alcoolisation. Sa famille et sa femme sont très soutenantes.

Sa sœur et son beau-frère vivent aux Etats Unis, il les décrit comme de bons buveurs.

Consultation de pré admission

Journal des consommations – N'arrêtez pas de boire, buvez ce que vous avez besoin de boire ni plus ni moins.

RDRD au niveau du tabac avec patch nicotinique

Sevrage du 19 06 au 02 07 2020 – très bien passé – expérience des groupes qu'il a apprécié et trouvé intéressant.

Retour à Lyade pour le suivi, entretien avec psychologue. Il a repris le travail à mi-temps thérapeutique.

Abstinence bien vécue, arrêt tabac et cannabis, vapote

Meilleures relations avec sa femme, des difficultés parfois à communiquer mais comment gérer deux maladies chroniques ?

Il prend conscience qu'il n'arrive pas à s'exprimer sur ses émotions et redécouvre cela à travers son fils de 5 ans. Place du père, place du mari ?

Comment prendre du temps pour soi ?

Etait en arrêt de travail, reprise à temps partiel, introduction d'un anti dépresseur, a été en Hôpital de Jour.

Il s'investit aux AA. Il apprécie d'avoir du temps pour lui

Il vient 1 fois par mois à Lyade, continue l'HDJ et la consultation d'addictologie et au psychiatre à la Croix Rousse. On arrête la prise en charge avec Lyade le 13 04 2022. Il sait que le chemin est encore long mais il est confiant.

Il parle de deux maladies chroniques avec sa femme qui a parfois du mal à comprendre.

Mise en place de thérapie de couple et individuelle.

Il apprend maintenant ses émotions à travers son fils. Depuis plus d'un an il est abstinent.

Il a changé de travail, et donc un travail qui lui plait.

Il chemine et sait qu'il peut reprendre contact avec les médecins, psychologues, psychiatre si besoin.

C'est un long chemin à parcourir pour s'en sortir mais il ne faut pas désespérer.

CONFERENCE DE MICHEL KAIRO

LA TEMPORALITE

Beaucoup d'entre vous me connaissent. Hier Nadia avait parlé des CAARUD. Je fais un peu partie des dinosaures de l'addictologie. Je suis membre fondateur de RUPTURES qui est un CAARUD. C'est des gens qui ne sont pas encore dans une optique d'arrêter les produits ou d'une optique même de soins. Il y a même parmi eux des gens qui ont fait le choix de continuer de rester dans le produit tout simplement. Donc on a monté et après un bref stage

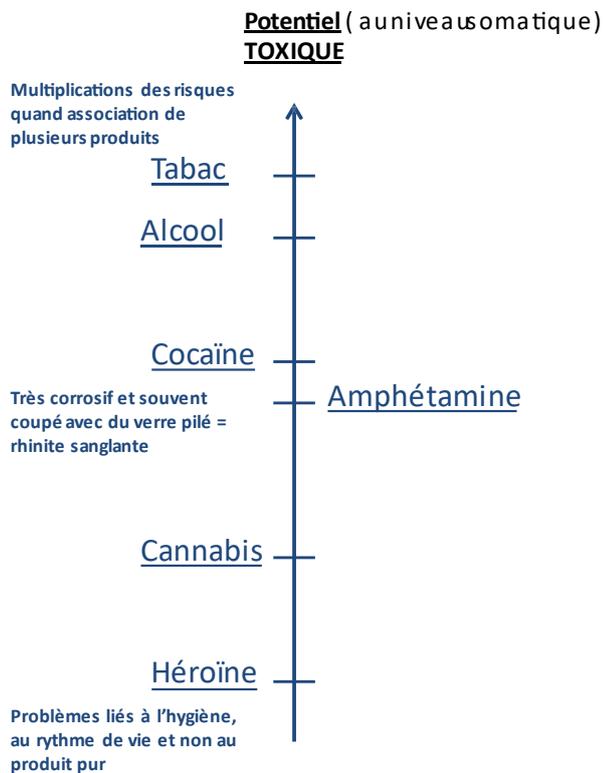
à Médecins du Monde et après les problématiques du VIH et avec les Hépatites C, la DASS à l'époque, a développé des moyens pour faire de la prévention et distribuer du matériel stérile auprès des toxicomanes. Au niveau médical c'était un peu très compliqué, au niveau de la DASS il s'est trouvé une utilité à recruter des gens comme nous qui étions des acteurs de terrain, qui faisaient le lien entre les squats et le lien un petit peu avec le médical. A partir de là, du fait qu'il y avait un contexte sanitaire important à cette époque-là, pour que des gens comme moi puissent rentrer progressivement dans un système de professionnalisation à ce niveau-là.

J'ai un passé addictif aussi, un problème d'alcool, un problème médicamenteux et d'autres produits. Je n'en retire aucune gloire, c'est mon parcours personnel aussi qui m'a amené à m'inscrire dans cette démarche et à rejoindre à un moment Médecins du Monde qui recrutaient des gens, des acteurs pour faire de la prévention.

Petit à petit des lits d'addictologie se sont créés, les premiers dans le département du Rhône ça a été à l'Hôpital de l'Arbresle où on a bénéficié de 6 lits à l'époque. L'Arbresle qui à cette époque ne connaissait rien à l'addiction et encore moins au VIH m'avait demandé en tant qu'intervenant de venir 2 jours par semaine rencontrer ces patients-là et faire la liaison avec le système médical car pour eux c'était un peu de la fiction la drogue. De fil en aiguille, sur un plan politique ça s'est aussi étoffé. La substitution est arrivée. L'Hôpital de l'Arbresle m'a demandé si je voulais travailler à temps partiel au sein de l'équipe. On m'a demandé de passer un diplôme universitaire en alcoologie (DUA) ce que j'ai fait à Lyon 2. J'ai eu l'opportunité de me professionnaliser complètement en addictologie et l'Hôpital de l'Arbresle m'a payé un diplôme d'études supérieures en Addictologie à Paris 8, je les en remercie. Je me suis professionnalisé avec un mi-temps à l'Hôpital de l'Arbresle et un mi-temps à la Clinique des Portes du Sud à Vénissieux. J'ai aussi travaillé sur la prison de Corbas. Depuis que j'ai pris ma retraite je faisais des formations pour les infirmières, mais j'arrête à la fin de l'année pour des gens qui allaient monter des structures d'addictologie dans des secteurs qui sont un petit peu éloignés, dans les grands centres comme Lyon, Paris, Marseille, ils ont du répondant. Il m'est arrivé d'aller faire des formations en Haute-Loire, Chambéry, Grenoble, à Cluses, car il y avait des unités d'alcoologie ambulatoire qui se créaient mais le personnel n'était pas formé. C'est devenu mon métier.

Je voulais vous parler aujourd'hui de la temporalité, du temps et des conséquences de la dépendance sur l'organisation sociale, sur l'exclusion voire l'opprobre qui est dégagé par rapport au patient suite à toutes ces problématiques. Le patient se sent complètement désorienté. Avant d'aborder tout ça je pense que c'est un non-sens de ne pas revenir sur le rapport Roques, pour montrer un peu le rôle du produit. Effectivement dans le rôle des produits on rejoint un peu ces mécanismes que le produit amène dans les comportements du sujet dépendant. C'est pour ça que Roques nous amène sur un terrain où il va nous parler :

- du potentiel intoxicant ou somato toxique
- de modification du psychisme ou psychodislectique
- du potentiel addictif ou dépendance



Lorsqu'on parle du potentiel toxique, Roques nous amène sur un terrain où on parle de la toxicité et de la conséquence au niveau de la toxicité. Le mot toxique est un mot qui vient d'une racine grecque toxico, c'est l'embout des flèches empoisonnées avec le curare pour tuer les ennemis pour tuer du gibier, ce qu'on trouve encore dans certaines contrées. Toxico il y a une notion de poison. Dans le potentiel toxique on va aller chercher uniquement ce qui empoisonne.

Sur une échelle de 0 à 100, on ne va pas faire les 850 drogues qui sont répertoriées mais dans les plus connues. Si je vous disais qu'effectivement que la drogue la moins toxique pour le corps, ce serait l'**héroïne**. Oui je sais que cela étonne beaucoup de gens. Vous allez me dire il faut prendre beaucoup de précautions parce que moi malheureusement j'ai enterré beaucoup d'héroïnomanes mais il faut savoir que l'héroïne on peut mourir d'une overdose mais les overdoses ont une répercussion aussi on en rencontre une cinquantaine par an et dans ces overdoses il faut compter aussi les suicides et souvent dans les overdoses il faut compter aussi les opiacés qui sont dans la pharmacopée. Donc ce n'est pas la 1^{ère} cause de mortalité, mais par contre quand on parle d'héroïne, cela veut dire qu'il y a un dealer, il faut aller acheter à un dealer qui lui quand il a 10 g d'héroïne il va en faire 20 g pour faire sa marge donc à partir de là il va ajouter des adjuvants et si le produit est blanc il va mettre un produit qui est blanc, s'il est marron il va ajouter un produit marron et comme ça on a vu des modes dans les années 90 on trouvait de la lessive mélangée avec l'héroïne, on n'a pas

besoin d'être médecin pour comprendre que cela ne fait pas du bien si on se l'injecte. Dans les années 2000 on a trouvé de la strychnine (de la mort aux rats) qui a un effet sur le cerveau. Ce qui est à la mode aujourd'hui c'est le verre pilé car ça pèse lourd, on en retrouve aussi dans le cannabis donc qui dit lourd dit poids qui dit argent. A un moment donné on va se retrouver avec des gens qui sont dans une dépendance extrêmement dangereuse mais la dangerosité est liée à l'entourage du produit mais non pas au produit lui-même. Pourquoi ? parce que l'héroïne est tout simplement un dérivé des opiacés, l'opiacé qu'on connaît très bien parce qu'elle est morphinique et la morphine et je pense que tout le monde ici en a pris une fois au moins dans sa vie car la morphine est un produit qui se digère bien, je ne dis pas que c'est bon pour la santé mais en fin de compte c'est un antalgique très intéressant mais il faut bien sûr ne pas dépasser les doses, les prescriptions. Si on est dans l'échelle de la toxicité ça reste le plus bas.

Ensuite en haut, c'est le **cannabis** quand on dit que c'est la drogue douce ça dépend de quoi on parle. Si on parle de la toxicité, c'est beaucoup plus toxique que l'héroïne. Déjà c'est souvent associé avec du tabac ; déjà le tabac est très toxique rien que sur les voies ORL, on ne va pas rentrer dans les détails, mais une cigarette se consume à 180° déjà pour les voies ORL c'est dangereux mais si vous ajoutez de la résine de cannabis ça passe à 400° et il n'y a pas grand-chose qui résiste.

On va se retrouver dans les enquêtes épidémiologiques, on trouvait des cancers du fumeur après 50 ans, on va avoir avec des cancers du fumeur avant 40 ans à cause de la surconsommation de cannabis. On dit ça aux jeunes ce n'est pas pour les « emmerder » mais c'est une réalité dont il faut tenir compte.

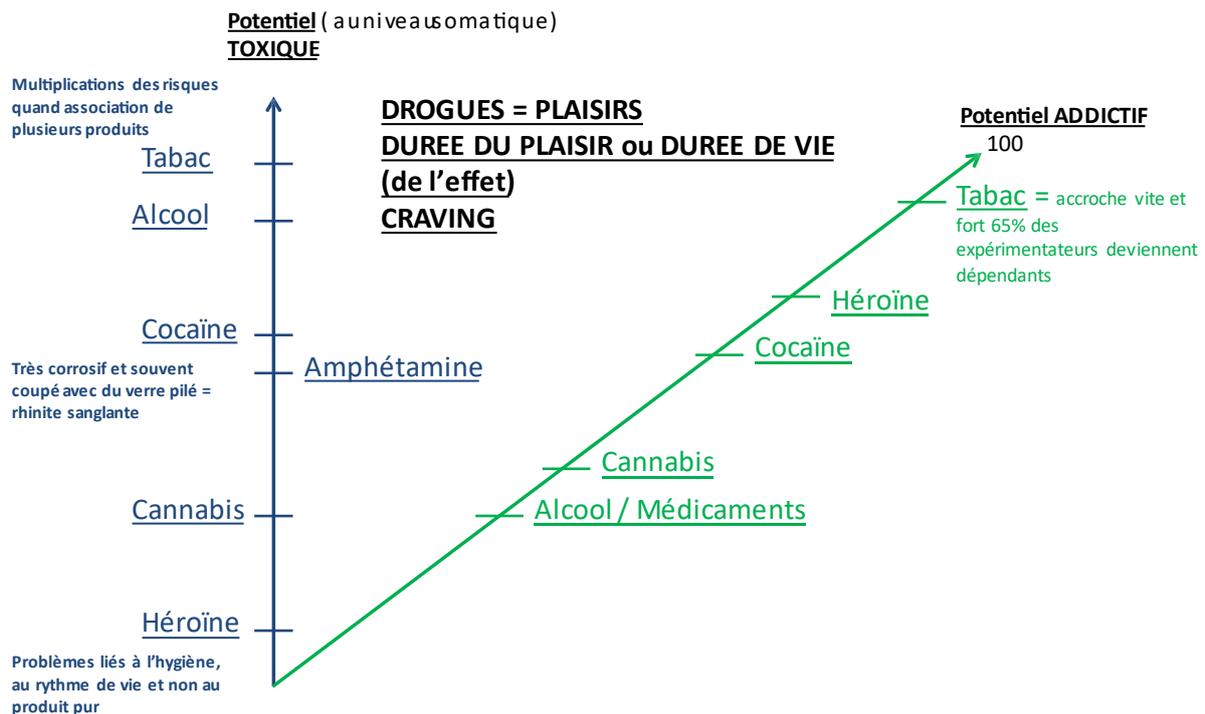
Ensuite il y a la **cocaïne**. Elle rentre dans la catégorie des poisons même si à un moment donné dans la tradition, on peut trouver la feuille de coca qui est broutée en Amérique du Sud car elle a des vertus, c'est un énergisant, un coupe-faim, C'est quelque chose qui est très connu. Il n'en reste pas moins que c'est une coutume assez dangereuse parce que c'est une plante très corrosive et souvent il arrive d'avoir des abcès et donc des cancers des gencives. Il ne faut pas croire qu'en Amérique du Sud, au Chili, en Argentine les jeunes veulent avoir les dents blanches comme les Européens et surtout ils ne veulent pas travailler. Si on sait qu'au départ la plante est corrosive et que pour 50 g de cocaïne il faut 150 kg de feuilles de coca qu'il faut faire macérer dans du kérosène ou de l'acide, faire décanter ça pour avoir un résidu au bout d'un an ou deux ans, vous pensez bien que si vous en mettez sur le capot d'une voiture et vous revenez une semaine après ça traversé le capot de la voiture. Sur un plan toxicité, la cocaïne est une drogue extrêmement dangereuse. La seule chose qu'on peut reprocher en addictologie c'est qu'à un moment donné sur le plan épidémiologique, on sait que tout est quantifié, on sait le nombre de cirrhoses, le nombre de cancers du poumons, au niveau médical il y a des gens qui passent leur vie à quantifier ça mais au niveau de la cocaïne on n'arrive pas à avoir le taux de mortalité. On les voit et puis 3 semaines après on apprend qu'ils sont décédés. Ils décèdent souvent d'un arrêt cardiaque soit d'un AVC, ils vont passer soit dans les arrêts cardiaques soit dans les AVC ce qui fait

que cela entretient un déni au niveau de la cocaïne. Effectivement la cocaïne tue énormément de monde et c'est regrettable que ce ne soit pas mis en avant.

Ensuite dans l'échelle de la toxicité vous allez trouver **l'alcool**. Pour les alcoologues, c'est un produit qui altère le corps à 75 % si on dépasse les recommandations de l'OMS qui est de la prévention, 10 unités par semaine avec 1 jour d'abstinence. Dès l'instant qu'on a dépassé cette dose-là ça ne fait pas un malade alcoolique mais un sujet qui boit trop, il altère son corps au niveau de sa santé.

Ensuite vous avez le **tabac** On s'aperçoit qu'il y a 2 drogues légales dans notre pays mais qui sont les 2 drogues les plus toxiques le tabac fait 75 000 morts par an et l'alcool 45 000. Ce n'est pas parce que cela rapporte à l'état c'est tout simplement à un moment donné on aimait mieux la loi du 31 décembre 1970 à la demande de Simone Weil qui s'appuie sur le rapport Pelletier qui a considéré que lorsqu'une drogue est culturelle il faut en éduquer sa consommation qui nous met à l'abri de l'addiction, mais par contre elle est dangereuse pour la société. Il va s'appuyer sur les Indiens qui ont fumé du chanvre pendant quelque temps et personne n'était toxicomane alors quand on leur a amené l'alcool ça les a complètement décimé. Il faut bien comprendre qu'au départ cette loi de la légalisation des produits licites et illicites a penché sur la culture des drogues. Partant du principe qu'un juge n'est pas apte à considérer si un produit est toxique ou non. Il y a des produits qui sont dangereux pour la santé. La base fondamentale de 70 est celle-ci. Ca ne rapporte pas à l'Etat cela nous coûte très très cher. L'Etat c'est nous, c'est qui payons les impôts. Un accident de voiture à cause de l'alcool, sans parler d'alcoolisme, ce peut être quelqu'un qui boit très occasionnellement et s'il y a 2 morts, 1 tétraplégique quand vous ajoutez les avocats, les prises en charge jusqu'à 60 ans cela représente X millions d'euros à cause d'un excès d'alcool

S'il y a une grosse répression actuellement c'est parce que ça coûte cher mais ça rapporte aux alcooliers, les bordelais, beaujolais, Côtes du Rhône, etc...



ROQUES nous invite dans le potentiel addictif selon les produits que l'on prend, on peut devenir plus ou moins dépendants car le corps humain a plus ou moins de tolérance surtout en fonction des produits qu'il consomme. Là le paradoxe même si l'alcool est un produit extrêmement toxique on s'aperçoit que le corps a beaucoup de tolérance à ce produit. On voit bien dans les centres de postcure de la représentation au niveau des soins les gens ont majoritairement plus de 40 ans. C'est assez rare de voir des jeunes qui viennent que pour l'alcool. Donc cela veut dire que lorsqu'un malade vient se faire soigner pour un problème d'alcool dans une cure ou dans un CSAPA ou autre sa problématique est ancienne, il n'est pas alcoolique depuis hier mais 10 ou 20 ans, ça prouve quand même que le corps a une certaine tolérance au produit.

Au-dessus il y a le cannabis, je n'irai pas dire ça à une classe de 6^e mais il y a une tolérance au cannabis, il y a des gens qui arrivent on voit bien dans les soixante huitards des gens qui arrivent à fumer un joint par semaine ou 2 joints dans le mois, ils ont fait ça toute leur vie, ils ont su gérer ça et puis il y en a d'autres qui sont tombés dans les excès et qui vont devenir dépendants. Effectivement il peut y avoir une tolérance par rapport à ces produits-là et ça nous fait sourire un petit peu parce que les soixante huitards maintenant ils ont avoir bientôt 75 ans quand ils vont se retrouver dans les EPHAD ils vont gueuler parce qu'ils n'ont pas leur joint. Cela risque d'arriver aussi.

Ensuite on va retrouver aussi la cocaïne, l'héroïne. Ce sont des produits auxquels le corps a très peu de tolérance. Lorsque quelqu'un va consommer de l'héroïne ou de la cocaïne, en

fonction de la qualité du produit, comment il le prend également, mais vous pouvez tomber sur quelqu'un qui après 10 jours est accro et quand il l'est, il est bien accro. C'est pour ça que les jeunes qui viennent se faire soigner nous disent au départ les dealers tant qu'on ne demande rien il nous la donne, mais le jour où on la demande ils nous la font payer c'est un investissement à court terme car c'est une défonce extrêmement rapide.

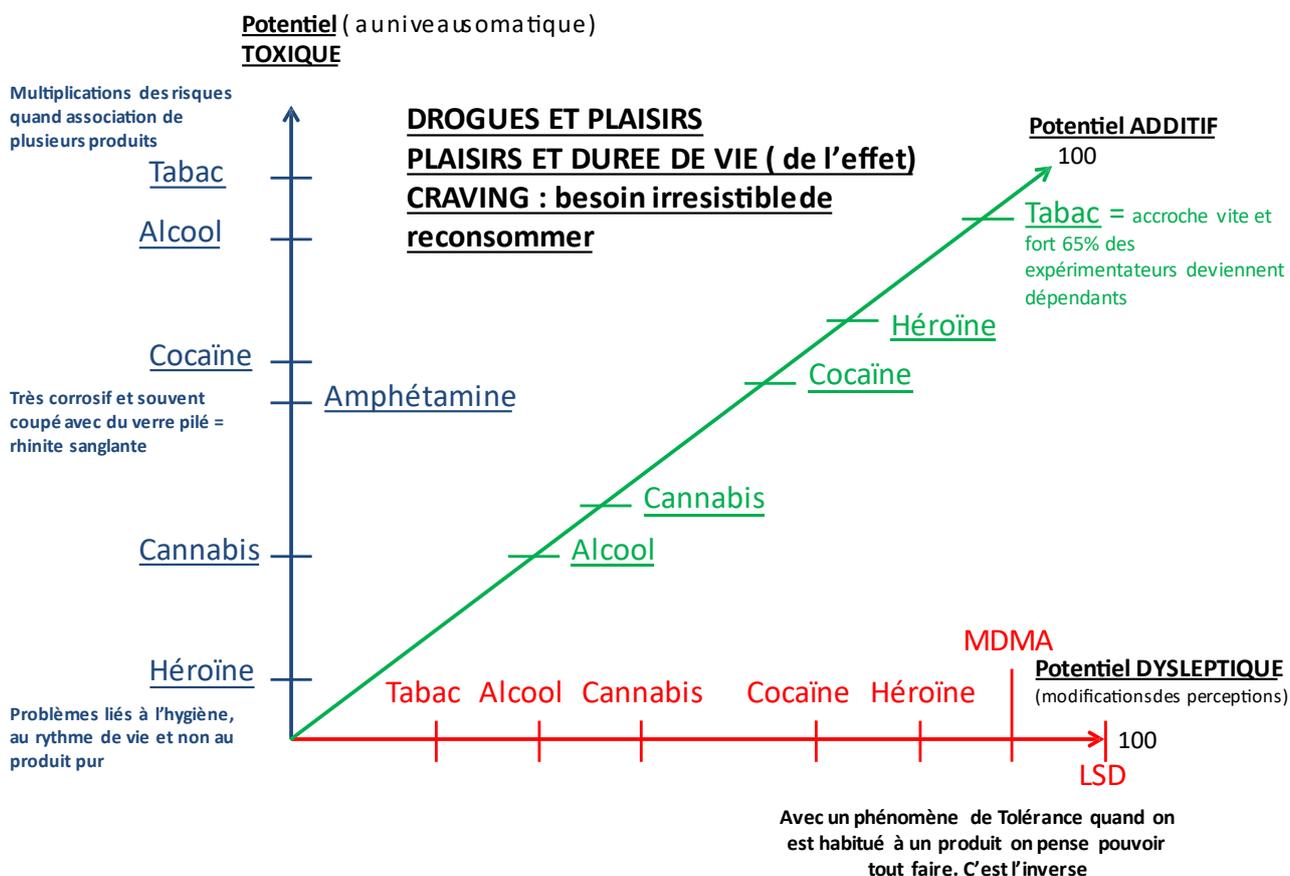
Tout en haut il y a le tabac. C'est quelque chose d'intéressant à développer. On est souvent invité à des conférences par les parents d'élèves. J'aime bien être un peu dans la provocation et je disais « drogue = plaisir » Oui à un moment donné ce qui va accrocher dans la consommation d'une drogue c'est le côté plaisir que va ressentir le sujet. Ça choque les gens mais je leur dis si les joints provoquaient des maux de dents plus personne ne fumerai du cannabis

Un parent dit : je ne comprends pas la première fois qu'ils en consomment ils sont malades ». La première fois que vous avez pris une cuite, vous avez été malade et cela ne vous a pas empêché de reboire après. Effectivement les animaux sont comme ça. Quand on est confronté au plaisir, c'est toujours le plaisir qui va l'emporter. Par contre ce plaisir il a une durée de vie c'est-à-dire en fonction du produit que l'on va prendre l'effet va être plus ou moins long. On s'aperçoit aussi qu'en fonction de la consommation, l'effet va être plus ou moins long. Si vous prenez par exemple un héroïnomanie qui se fait une injection avec une héroïne coupée et recoupée qui circule actuellement il peut escompter avoir un effet pendant 2 heures, mais s'il la sniffe l'effet va être plus court et s'il la fume l'effet va être encore plus court. Si quelqu'un prend de la cocaïne et se l'injecte il peut espérer un effet de 2 heures s'il la sniffe l'effet va passer à 45 mn et s'il le cracke en le mélangeant avec du bicarbonate de soude, l'ammoniac va se cristalliser et quand il va la brûler ça fait crac crac c'est pour ça qu'on appelle ça du crack. L'effet va durer de 2 à 3 mn pas plus. C'est pour ça qu'on les appelle les crackers. Cela crée une marginalisation extrêmement rapide, l'incidence par rapport à la durée du produit.

Pour revenir en addictologie, c'est que plus l'effet est long dans le temps moins le produit est addictif par contre plus l'effet est court dans le temps plus le produit est addictif. C'est curieux c'est qu'on voit la même chose par rapport au comportement. Si vous prenez la pathologie du jeu si vous connaissez le billard anglais ça dure 4 h, j'ai connu des gens dépendants, le tiercé avant c'était le dimanche après c'est devenu le samedi puis le mercredi enfin c'est maintenant tous les jours, course par course, etc... Et maintenant ils ont inventé encore mieux le rapido. Il devait être interdit. J'ai fait des stages par rapport à la pathologie du jeu c'est quelque chose d'assez extraordinaire ça dure 20 mn. Vous rentrez dans un bar pour prendre un demi, le rapido est en route ça dure 20 mn, le demi n'est pas fini vous reprenez un rapido, ensuite le demi est fini vous redemandez un demi et ainsi de suite. J'ai fait 3 formations sur la pathologie du jeu, à Paris où il y avait des psychologues à la Française des Jeux, je leur disais qu'ils ciblaient alors qu'ils disaient qu'ils protégeaient, je leur disais non. Plutôt que de vendre ça au bureau de tabac et dans les bars, vous leur vendriez ailleurs à la poissonnerie. Ce sont des choses très pensées à ce niveau-là.

Encore une chose sur la temporalité qui est proche du produit c'est l'aspect intemporel que l'effet du produit va créer mais aussi au niveau du jeu. Dans un casino bien que ce soit très feutré si vous avez remarqué il n'y a jamais de fenêtres bien oui on crée un état intemporel pour garder les gens. Tout ça est réfléchi, il ne faut pas se leurrer.

Le craving est tout simplement une pulsion à reconsommer qui peut arriver même dans l'abstinence mais par contre on appelle le « craving » une pulsion de consommation qui va être éveillée par nos sens parfois cela peut être une ambiance, un souvenir, ce sont des moments difficiles. C'est pour ça qu'il y a des produits qui sont sortis et qui jouent un peu la dessus



Ensuite c'est le potentiel dysleptique qui va modifier la conscience. On s'aperçoit que le tabac est le toxique le plus fort il a le potentiel addictif le plus bas. On peut conduire, on peut travailler, il n'y a pas une grosse modification de conscience. Il peut y avoir des énervements, des agacements.

On va s'apercevoir que l'alcool il y a une dépendance culturelle et même la loi s'en mêle. Si vous avez moins de 0,5 g d'alcool dans le sang, on considère que vous êtes capable de conduire. C'est une ineptie parce qu'il y a des gens qui boivent très rarement et s'ils boivent 3 verres d'affilée ils sont complètement ivres. Cela montre l'empreinte culturelle de l'alcool dans notre pays. On n'arrive pas à coller sur les principes Anglo saxons. On parle pour les

jeunes pour le permis de conduire avec 0,2 g mais personne ne sait à quoi correspond 0,2 g. Là aussi c'est un petit peu du déni par rapport à l'orientation par rapport à la santé.

Mais on reste à ça, on est majoritairement éduqué à consommer de l'alcool, cette éducation remonte très très loin en arrière. 2000 ans en arrière avant Jésus Christ on est à 4000 ans. Les organismes changent. Il y a des études par rapport à ça. Surtout quand il y eu l'affaire Paul POT où les cambodgiens sont venus en France ils étaient en grande souffrance certains sont tombés dans l'alcool beaucoup plus rapidement sur un plan physique et psychique que les pays latins tout simplement parce que même si le saké existe depuis très longtemps chez eux, c'est un produit culturel que depuis la colonisation qui remonte à 300 ans. L'histoire avec l'alcool chez eux est beaucoup plus tardive et ils la supportent beaucoup moins. On ne peut pas dire qu'ils sont mal foutus, ils supportent des choses qu'on ne supporterait pas. Mais voyez-vous avec le temps il y a une adaptation.

Ensuite vous avez le cannabis qui a une modification de conscience. Le cannabis tient la moyenne un peu partout. C'est un produit qui est toxique, addictif, et il crée une modification de conscience surtout avec les teneurs en THC. C'est vrai que le cannabis des années 60 n'a rien à voir avec le cannabis qui circule aujourd'hui. Dans les années 60 on aurait pu le classer dans les sédatifs alors qu'aujourd'hui il est classé dans les perturbateurs. On voit bien la différence une évolution qui ne va pas dans le bon sens.

Après le cannabis, je remettrais l'alcool dans l'addiction car il y a une grosse modification de conscience. Ensuite la cocaïne et l'héroïne même si les effets ne sont pas du tout les mêmes ce sont des produits qui créent de grosses modifications de conscience.

L'héroïne est un gros sédatif et la cocaïne ce sont des produits qui rendent sociopathes. Quelqu'un qui a de la cocaïne il a souvent une voiture s'il traverse Lyon à 130 km/h, il vous rentre dedans il va vous casser la gueule. Ce sont des gens pas faciles à prendre en charge. Il faut dire aussi qu'on a peu de moyens au niveau de la prise en charge.

Ensuite il y a les produits auxquels où le corps n'a aucune tolérance et là on parle des hallucinogènes le LSD (Diéthyllysergamide), la datura. Il peut être facteur de décompensation, de psychoses, Ce sont des produits dangereux.

On a aussi entre les deux les MDMA (Méthylènedioxy-N-Méthylamphétamine), la GHB (acide gamma hydroxy butrique) ce qu'on appelle aussi les drogues de soumission mais l'alcool aussi dans l'addiction. « On va la faire boire pour »

L'héroïne et la cocaïne sont des gros modificateurs de conscience. Il y a la GHB qu'on a appelé la « drogue des violeurs » qui est un dérivé du sérum de vérité. Il y a aussi le GBL qui est aussi la version chimique industrielle qui fait à peu près les mêmes effets que le GHB, des produits qui circulent beaucoup aujourd'hui et sont extrêmement puissants. Il faut dire aux jeunes lorsqu'ils vont en boîte ils peuvent rencontrer des problèmes donc vider son verre, voir avec qui on boit un coup, si on s'absente pour aller aux toilettes prendre ses précautions on n'est à l'abri de perversité. Il y a aussi l'ecstasy qui est dans la consommation des jeunes parce que cela crée de l'empathie, ça rend amoureux en quelque sorte.

Il y a toute une palette de produits.

L'héroïne c'est un morphinique. Ce qui est dangereux c'est tout ce qu'il y a autour, la façon de se piquer, matériel propre. Il y avait beaucoup de sirop à la base d'opiacés qui soulageaient les douleurs au niveau de la toux. Cela les rendait dépendant mais ne les soignait pas. Un héroïnomanie qui se pique depuis 15 ans est en meilleure forme qu'un malade alcoolique qui boit depuis 15 ans. On diabolise un peu les choses.

Il n'y a pas une bonne drogue et une mauvaise drogue. Toutes les drogues ont des conséquences. Parlez de drogues douces aujourd'hui c'est lamentable surtout avec le cannabis qui circule.

On classe les produits dans 3 catégories

Les différentes catégories de drogues selon la nature et de leurs effets

DEPRESSEURS	STIMULANTS	PERTURBATEURS
<ul style="list-style-type: none"> • Alcool • Opiacées <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opium ▪ Morphine ▪ Codéine ▪ Héroïne ▪ Méthadone ▪ Buprenorphine ▪ Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicotine • Caféine • Théine • Cocaïne Crack • Amphétamines <ul style="list-style-type: none"> ▪ Speed ▪ Ecstasy ▪ MDMA ▪ MDEA, MDA ▪ Ritaline 	<ul style="list-style-type: none"> • Cannabis (THC) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herbe, Marijuana ▪ Haschich ▪ Huile • Hallucinogènes <ul style="list-style-type: none"> ▪ LSD, Acides ▪ Champignons ▪ Datura ▪ PCP ou Angel dust ▪ Etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Tranquillisants <ul style="list-style-type: none"> ▪ Benzodiazépines ▪ barbituriques 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthamphétamines • Antidépresseurs • Poppers 	<ul style="list-style-type: none"> • Artane • Etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Solvants volatils <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ether ▪ Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Khat • Etc. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésiants <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHB, GBL ▪ Kétamine ▪ Etc. 		

Le temps

1. Repères sociaux
2. Repères liés aux produits
3. Désocialisations – Pertes
4. Vide – Ennui
5. Triangle d'Oliveinsten

LE TEMPS : « UNE NOTION ABSTRAITE »
« UN MOUVEMENT DANS L'ESPACE »

INDISSOCIABLES REPERES : Pour se repérer, se projeter

LAPS : Ce qui sépare 2 bornes, 2 échéances, 2 événements etc....

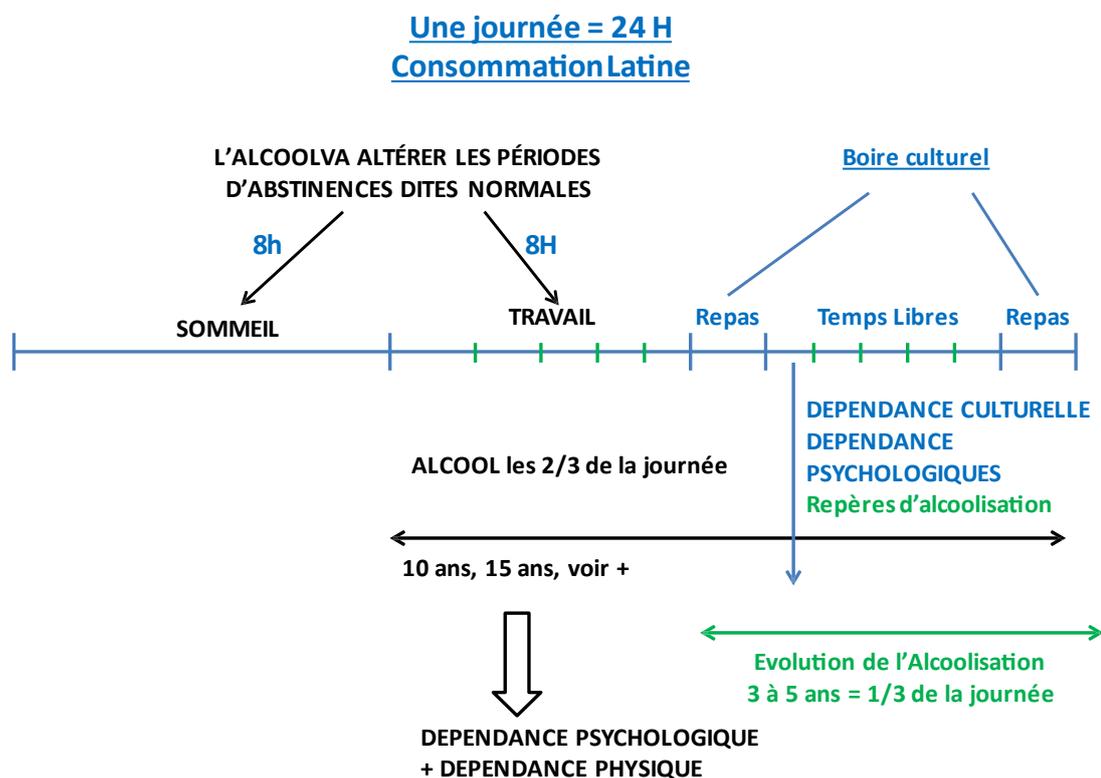
- LE TEMPS ET REPERES NATURELS
- LE TEMPS ET LES REPERES MECANIQUES
- LE TEMPS ET CES REPERES BIOLOGIQUES
- LE TEMPS ET SA TEMPORALITE (« L'espace temps »)

NOTRE RAISON NOUS RAPPELLE QUE NOUS SOMMES TOUS MORTELS !
L'INCONNU DE NOTRE MORT ET NOTRE INSTINCT ANIMAL DE CONSERVATION NOUS INCITE
A NOUS PROJETER DANS LE FUTUR COMME SI NOUS ETIONS IMMORTELS.

Au niveau de l'alcool, on est dans la dépendance psychologique, lorsque le sujet va se rendre compte que l'alcool va répondre temporairement à ses angoisses, à son mal-être, il va mettre petit à petit des repères d'alcoolisation dans sa période de temps libre. A un moment donné, petit à petit, cela va durer entre 3 ans et 5 ans, ça dépend si c'est un homme ou une femme, si on fait 100 kg ou 40, s'il a 60 ans ou 30 ans mais à un moment donné à 3 ou 5 ans il s'aperçoit qu'il y a une évolution, une adaptation, une accoutumance, une tolérance au produit qui s'installe et un jour il se retrouve avec un produit qui va occuper un tiers de sa journée. Cela ne veut pas dire qu'il va être avec un verre à la main pendant 8 heures, mais pendant ces 8 h il va éviter d'avoir ces états de stress, d'angoisses, de mal-être.

Ensuite cette période ne lui suffit pas, l'alcool va altérer cette période d'abstinence normale, c'est le travail et ensuite c'est le sommeil. On s'aperçoit à un moment donné que ce sujet qui est l'alcoolique à boire le matin. Il est contraint de mettre des repères dans sa consommation pendant sa période de travail parce que sinon à un moment donné il n'arriverait plus à assumer en raison des symptômes de manque son boulot. Ça ne veut pas dire qu'il va très bien mais il peut arriver à assurer quelque chose. Vous voyez que c'est là qu'il y aura une modification neurobiologique. A partir de là que le cerveau ne va plus fabriquer d'endorphines naturelles et c'est là que l'alcool par sa surconsommation va créer des morphines light. Le sujet va devenir dépendant physique. On y dit dépendance physique et psychologique. Ça laisse entendre tant qu'on n'est pas dépendant physiquement on n'est pas dépendant psychologiquement. Non je ne comprends pas ; il y a 850 produits qui sont répertoriés dans les drogues et il y en a peu près une vingtaine qui entraîne une dépendance physique. On devrait dire toutes les drogues entraînent une dépendance psychologique avant tout et parfois une dépendance physique .

Dans ce schéma, on voit bien que la dépendance physique est une conséquence de la dépendance psychologique. C'est quelque chose qui est valable pour tous les produits.



Ensuite, on va s'apercevoir que le sujet cela peut être au bout de 10 ans ou 15 ans que l'alcool va occuper les 2/3 de la journée et le sommeil va devenir le pire ennemi du sujet dépendant. Pourquoi ? Parce que quand il dort il se met dans un état de sevrage naturel, donc dans des états de manque. Dans les états de manque on est souffrant même l'héroïne si on est très souffrant il ne risque pas sa vie mais par contre dans les manques d'alcool à ce niveau-là cela peut créer des crises d'épilepsie, voire des déliriums tremens. Sur 5 déliriums tremens il y a 1 qui est mortel, 1 qui crée des troubles cognitifs qui est parfois irréversible, c'est quelque chose qui est très dangereux.

Souvent l'alcoolique dit je ne suis jamais ivre, je ne suis jamais saoul.

L'alcoolique qui a besoin d'avoir 2 g d'alcool dans le sang constant pour être bien dans sa tête et dans son corps et si un jour il fait un bon gueuleton bien arrosé, il va se coucher avec 4 g le cerveau va essayer de le réveiller mais avec 4 g il ne va pas se réveiller et c'est là qu'on peut faire un délirium tremens. Cela arrive souvent la nuit parce que c'est une déshydratation neurologique. Le cerveau travaille et si vous n'êtes pas en position d'éveil de se réhydrater c'est là qu'on risque.

Nadia : je veux juste répondre en ce qui concerne l'éthanol dans le corps qui se dégrade, c'est 10 g d'alcool pur il faut 4 h donc 1,5 g par heure d'élimination. Quand on va laisser repartir quelqu'un des urgences c'est quand il sera à zéro.

Il y a des gens qui ont dû connaître le Professeur Védrine à Jules Courmont. Les salles de dégrisement dans les commissariats de police ils doivent mettre le sujet en cellule de dégrisement et appeler un médecin. Cela date de la seconde guerre mondiale.

Si on en revient à notre schéma vous voyez on va prendre un exemple, si la personne a besoin de 2 g d'alcool pour être bien dans sa tête et dans son corps s'il dort 8 h et élimine 0,15 g par heure il va se réveiller avec 1,2 g donc $2 \text{ g} - 1,2 \text{ g} = 0,8 \text{ g}$ et là il aura des symptômes de manque qui vont se manifester soit par des tremblements, de la transpiration, des angoisses, cela peut être effectivement dangereux. Donc à un moment donné dans le jargon de l'alcoologie, vous connaissez on dit il faut rhabiller la fille le plus rapidement possible. Il faut récupérer le plus vite possible les 1,2 g qui ont été éliminés. On est confronté à un dilemme, on sait très bien qu'on est obligé de s'alcooliser pour enlever son état de manque et faire pénétrer de l'alcool dans un corps qui est à saturation. Le sujet alcoolique va se battre avec le produit pour entrer dans un corps qui n'en veut pas et rejette par des vomissements mais c'est la seule solution, cela peut durer une demi-heure, trois quart d'heure. Ensuite il récupère ses 2 g et avec ses repères d'alcoolisation il entretient ses 2 g.

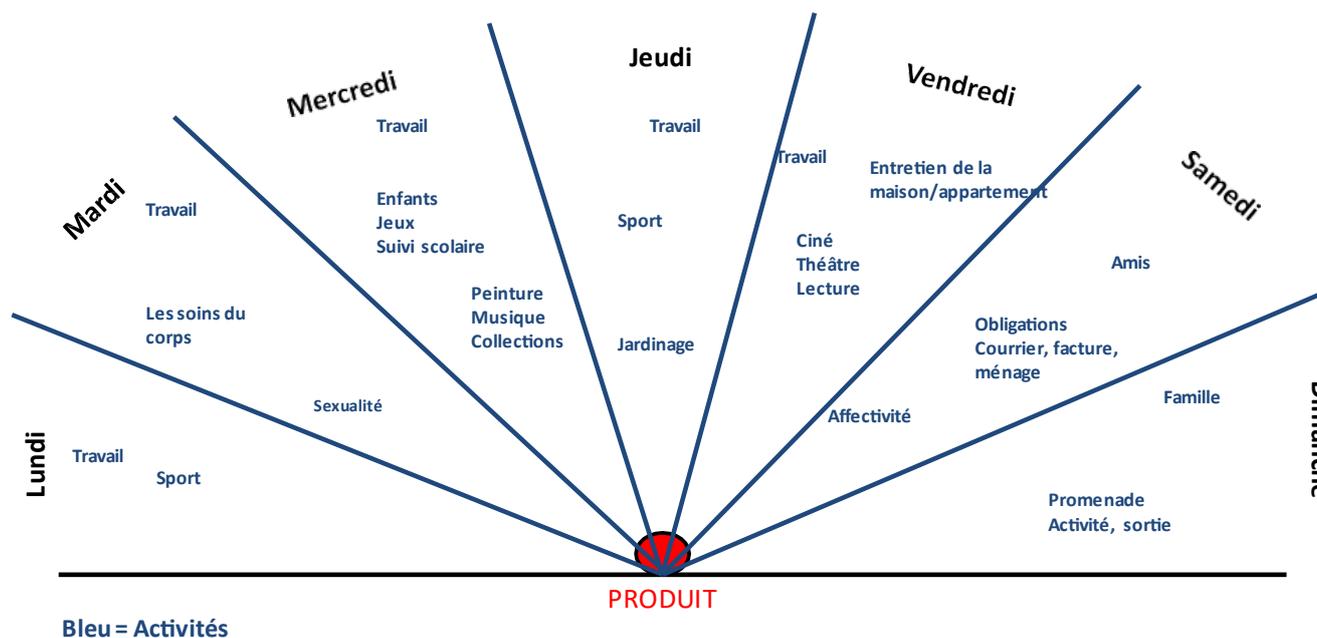
Souvent les gens disent « je dors mal » même dans les autres dépendances, conséquence directe de leur problématique. Le cerveau va se mettre en éveil et va vous dire il faut boire de l'eau. Là il y a des stratégies. Il y a des gens qui vont se réveiller la nuit et boire de l'alcool ce qui va un petit peu sauver leur peau. Les crises d'épilepsie, les déliriums tremens sont liés à la déshydratation parce que l'alcool c'est le produit qui déshydrate le plus. Pas besoin d'être alcoolique pour ça, si à une soirée on boit un peu trop, on a le gueule de bois, on a soif d'eau en général parce que l'alcool déshydrate. Tous les produits psychoactifs déshydratent. S'il se réveille la nuit et boit 1 l de vin et 1 l de bière, il boit quand même 90 % d'eau, il se réhydrate, ce serait mieux s'il buvait carrément 1 l d'eau mais d'où le proverbe il faut soigner le mal par le mal. On voit bien les gens qui répondent à ce mécanisme de déshydratation.

Ceux qui vont boire la nuit ont des nuits très perturbées avec ce qu'ils boivent la journée et les envies de pisser, avec les mécanismes de déshydratation, ils vont prendre l'habitude de se coucher avec une bouteille d'eau. Le cerveau va se mettre en éveil et vous dire il faut te réveiller, boire de l'eau sinon tu vas y passer. Le matin la bouteille est vide. Le paradoxe c'est un alcoolique qui boit 1 l de pastis il boit 8 l d'eau.

-Conséquences d'une dépendance sur une semaine :

-Le temps n'est pas extensible

-Plus le produit prend de la place dans la vie du sujet, plus cela se fait au détriment du reste (ou de son organisation sociale)



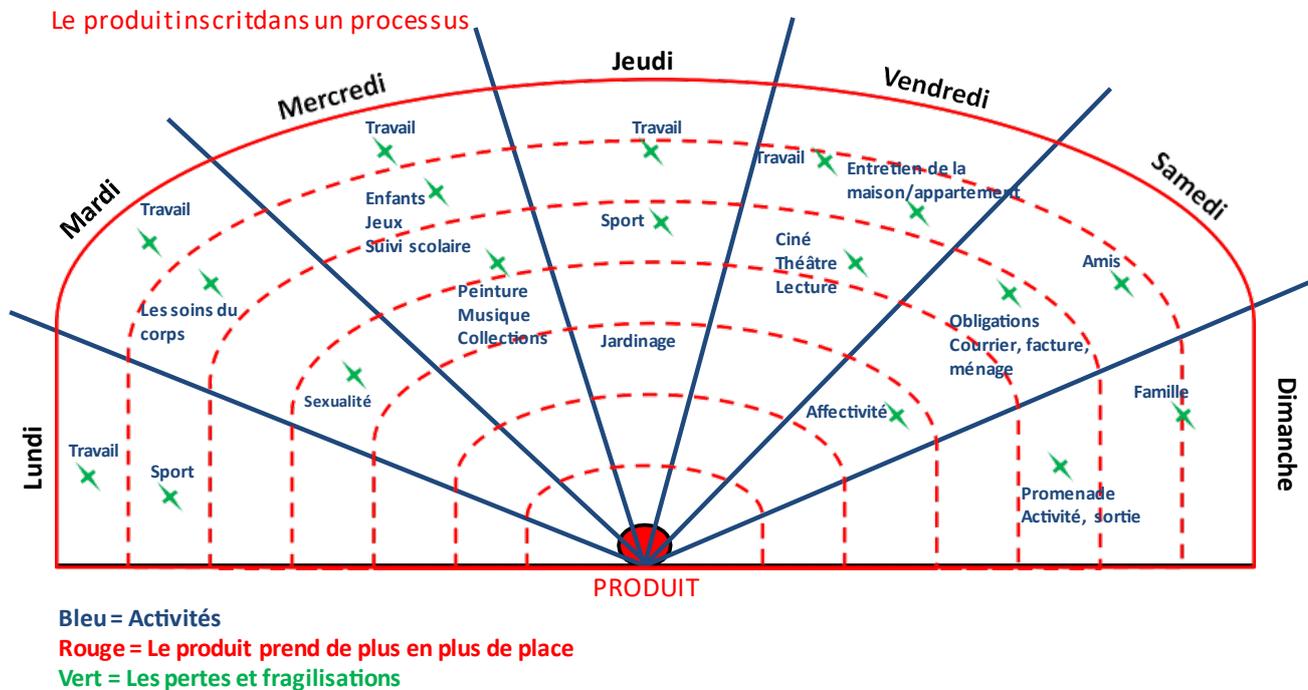
On parle de dépendance mais quand on vient au monde on est dépendant de notre mère puis que c'est elle qui nous nourrit. Quand on parle de dépendance, de quoi parle-t'on ? Il y a des multiples dépendances qui font partie de l'organisation sociale, mais quand on parle de dépendance pathologique c'est lorsqu'il y a une dépendance qui va s'imposer au détriment de toutes les autres mais quelqu'un qui est socialement intégré et qui n'a pas de dépendance, c'est quelqu'un qui travaille, qui fait du sport, qui entretient son corps, qui s'occupe de ses enfants, qui a des hobbies, qui fait du jardinage, qui a une sexualité, qui profite de sa famille le dimanche, qui s'occupe de ses obligations, de son courrier, des factures du ménage, qui aime le théâtre, le ciné, la culture, etc...

Lorsqu'on intègre un produit et que le sujet devient dépendant ; petit à petit le produit par extension va prendre de plus en plus de place et comme une journée qui fait 24 h n'en fera jamais 36 plus ça va être au détriment du reste.

-Conséquences d'une dépendance sur une semaine :

-Le temps n'est pas extensible

-Plus le produit prend de la place dans la vie du sujet, plus cela se fait au détriment du reste (ou de son organisationsociale)



Chez le patient, il y a des pertes consommés volontairement

Petit à petit on s'aperçoit que le sujet quand il ne perd pas son travail, il en a encore mais il n'arrive plus à l'assumer. Il commence à négliger ses enfants, il arrête le sport car il n'arrive plus à suivre, les obligations, le courrier, les factures il ne s'en occupe plus, dans les salles obscures il ne peut pas consommer, la famille commence à faire la gueule, les amis commencent à l'éviter et petit à petit le produit prend toute la place.

Que ce soit dans le sujet d'avant au niveau des trois périodes ou que ce soit pour ce sujet-là, pour moi il ne s'agit pas de savoir où en était le patient ou de situer en était Paul, Marc. C'était de leur montrer où la dépendance les inscrit dans un mouvement et s'il n'arrête pas ce produit, ils ne pourront plus jamais arrêter ce mouvement et ils finiront par tout perdre.

Le paradoxe là aussi c'est les pertes qui vont faire sortir le sujet de son déni. Je ne connais pas de sujet qui vienne se faire soigner à l'hôpital qui ne soit pas dans la perte. C'est assez rare qu'il est tout perdu. C'est toucher son fond, c'est-à-dire que dans l'ambivalence et dans la balance décisionnelle, inconsciemment notre cerveau calcule ce qu'il peut perdre pour préserver le produit et à un moment donné le sujet qui touche le fond, une perte potentiel si celle-là je la perds, ma vie n'a plus de sens, il a négocié tout ce qu'il pouvait perdre.

Le temps, on oublie souvent mais de moins en moins, on rencontre des gens en addictologie on met en avant la science, la problématique scientifique médicale et la problématique psychologique analytique mais on oublie l'approche philosophique. Cela se fait de plus en plus et ça crée un lien extraordinaire. Là quelques réflexions par rapport à des gens qui ont connu ces problèmes-là et d'autres qui se sont intéressés à ces problèmes-là.

Le temps à vivre qui s'écoule vers la mort, rythmé par l'alternance ou la succession d'évènements irréversibles. Or le sujet dépendant défie sans cesse cette expérience du Temps par des « gestes » à le surprendre (Vertiges dans l'ivresse qui altère le sens du présent.)

Marguerite DURAS : « c'est le cerveau qui est pris en premier ! C'est la pensée ! Le bonheur par la pensée d'abord et puis le corps ! Il est gagné, imbibé peu à peu et porté , c'est la mort ! Porté ! »

(BESOIN DE COMBLER LE VIDE DU PRESENT) Fragilité narcissique.

Double Identification au MOI :

Ivre ! Héroïque et invulnérable, l'alcoolique se confond avec l'image de son moi-idéal tandis qu'abstinent, il s'identifie à l'image de son idéal du moi ; Le moi Faible ; conflit d'intérêts entre eux-mêmes !

Déficit narcissique

Le temps vécu par le sujet addict se regroupe autour d'un présent continu où l'espérance ne semble plus avoir sa place.

Sort de temps événementiel !

Difficulté à habiter sa propre histoire (une identité biographique)

Son langage est celui de l'anonymat, le Je se confond avec la faiblesse du On

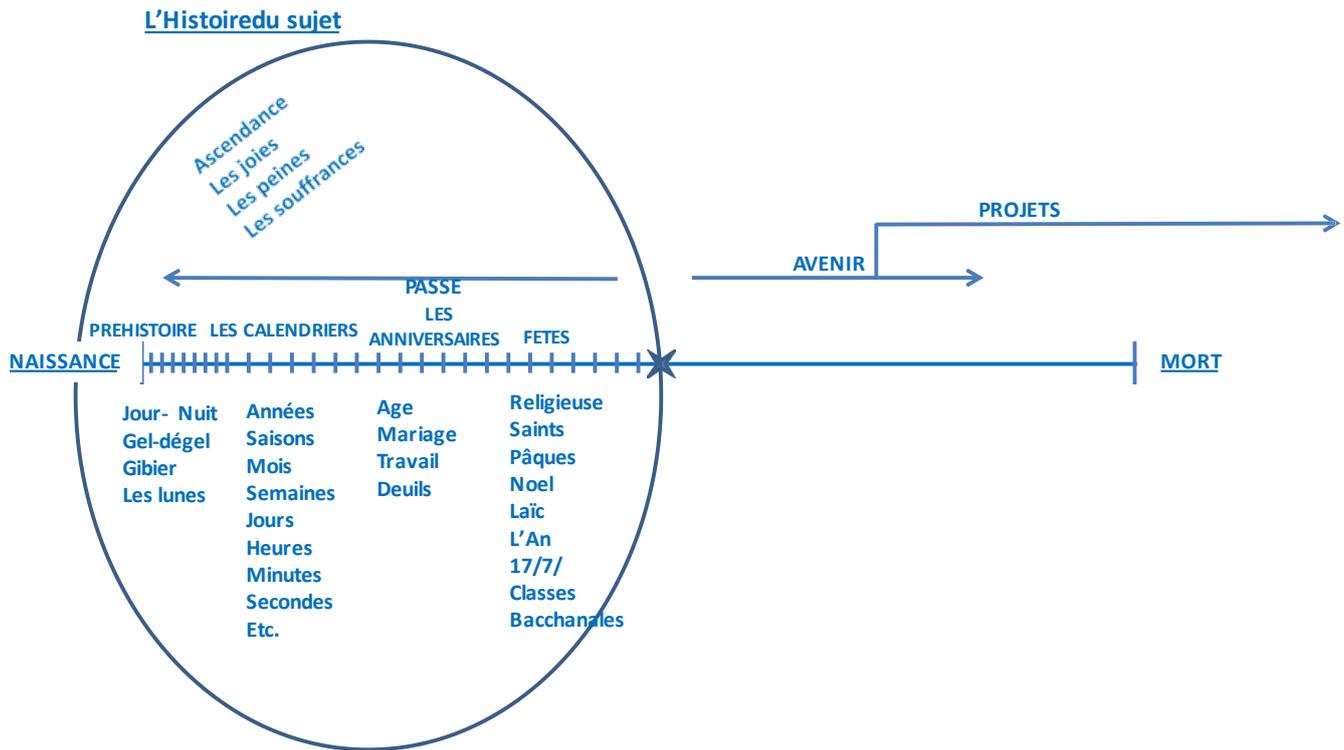
SARTRE « A être ce qu'on est pas et à ne pas être ce qu'on est ! »

L'ALCOOLIQUE se tue lentement, mais sûrement et ne réalise son caractère mortel qu'en actes et non en prises de conscience.

L'ivresse abolit la notion du temps ou plutôt la mesure du Temps. Délivré le sujet Alcoolique de l'ennui au QUOTIDIEN, le produit le met dans un état d'euphorie ! Jubilation de toute puissance

TEMPS

VIE



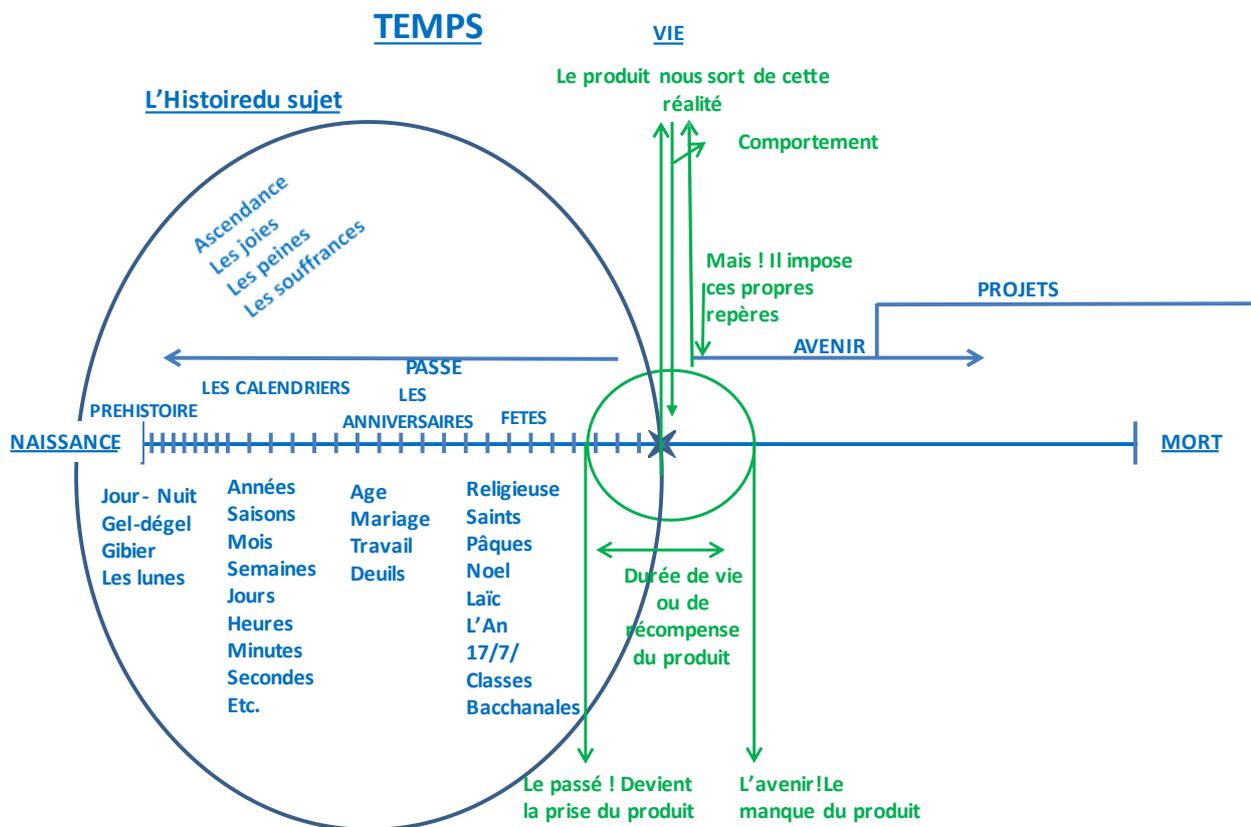
Là on en revient un petit peu à notre début, vous voyez bien au niveau de la temporalité.

La temporalité ça existe dans la mesure du temps. Il faut remonter à la préhistoire, remonter à 110 000 ans, au Neandertal. Dès l'instant où les gens vont vouloir vivre, passer en système tribal, il faut avoir à un moment donné des liens sociaux, on ne peut pas vivre sans. Ces gens de la préhistoire vont créer des repères qu'on va appeler des laps de temps et ses repères vont être très basiques : le jour se lève, la nuit quand le soleil se couche, le gel, la période du dégel, le gibier quand il revient. Très vite les hommes de la préhistoire vont compter en lunes et c'est là la naissance des calendriers. Il y a plusieurs calendriers en fonction des cultures, le calendrier judéo chrétien. On va se mettre à compter en année, en saison, en mois, en semaines, en jours, en heures, en minutes, en secondes. Cela ne suffit pas, les hommes vont créer d'autres repères. Il y en a des milliers des anniversaires mais les plus connus sont liés à l'âge, au mariage, aussi au travail, au deuil, il y a tant de temps que ma mère est morte. Il y a aussi les repères religieux, les repères laïcs, cela peut être Noël, Pâques pour les repères religieux, pour les repères laïcs le Jour de l'an, le 14 juillet, les conscrits.

Dans cette échelle du temps, tous ces repères sociaux, à chacun d'entre eux cela représente notre carte d'identité, ça vous permet de savoir d'où vous venez, et cela vous permet de vous projeter dans l'avenir et là, les anthropologues disent qu'il y a un instinct animal du fait qu'on est capable de faire des projets qui vont dépasser notre mort.

Quand je faisais ce schéma-là sur le passé et sur la projection de l'avenir des patients addicts c'est très compliqué au départ parce qu'ils ont un passé de souffrants et une dépendance qui les empêche de se projeter dans l'avenir. La psychanalyse va s'en mêler. S'il y a ça les joies, les peines, les souffrances, on en est dans la reconstitution de l'histoire

du sujet si vous allez voir un psychologue un psychiatre, à un moment donné, il va reconstruire votre histoire et tenir compte de vos ascendants, de vos joies, de vos peines et le tout de vos repères.

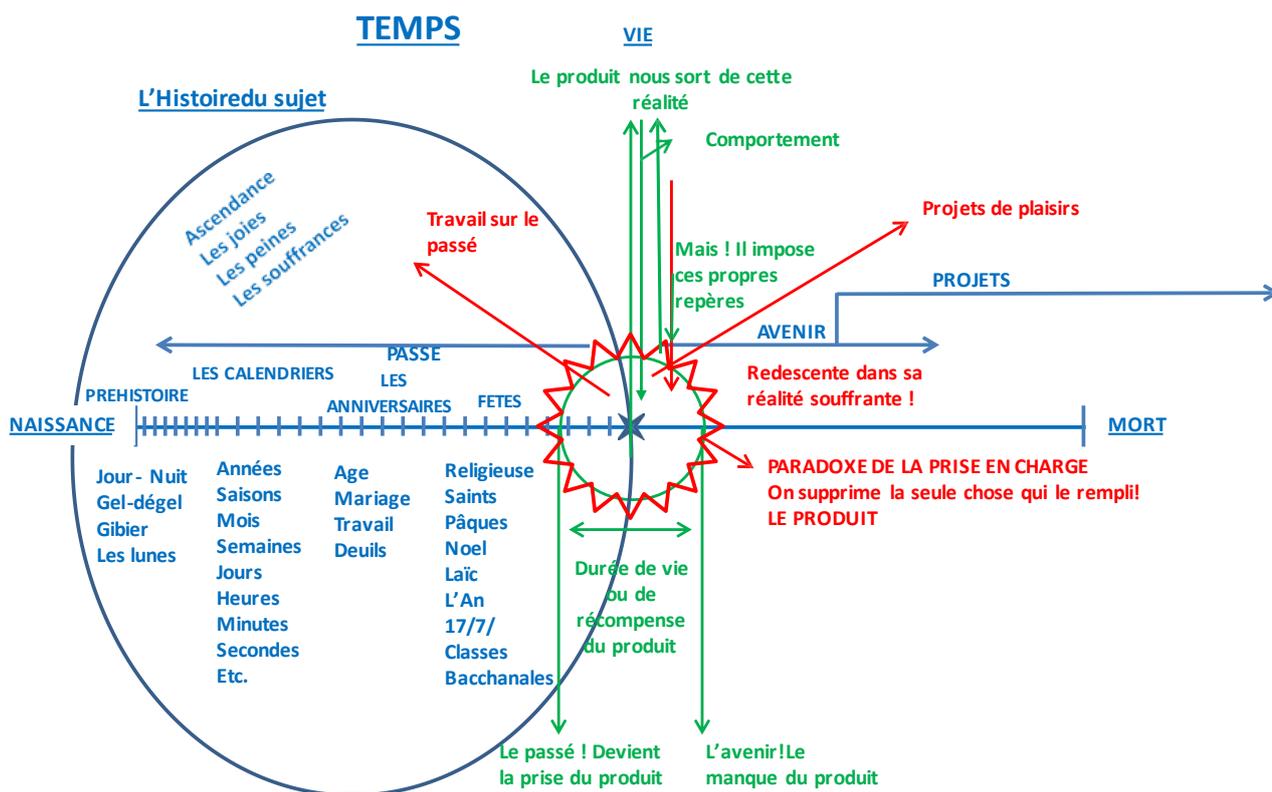


Là il y a Olivenstein qui arrive, précurseur de l'addictologie, il va poser cette question, on a été pendant très longtemps dans la diabolisation du produit, on rendait responsable le produit, à cause de l'alcool, pour l'héroïnomanie, à cause de la drogue. Et si le produit n'était pas responsable ?

C'est une petite révolution. Il dit un toxicomane, je précise toujours qu'Olivenstein parle de produits psychoactifs donc les alcooliques il les considère comme des toxicomanes. Il dit c'est l'histoire du sujet avec tous ses repères, la rencontre avec un produit psychoactif. Si jamais le sujet est en harmonie avec son histoire et avec le moment présent où il consomme le produit ça va rester une expérience par contre si le sujet rencontre le produit et qu'il est en souffrance avec son histoire et avec le moment qu'il vit, à partir de là, le produit va avoir une action c'est de faire sortir de sa réalité comme si le produit vous ramassait, vous permettait de sortir de cette réalité souffrante. A partir de là, on peut employer tous les adjectifs qu'on veut, ça permet d'oublier, de mettre entre parenthèse, de ne pas penser et là à un moment donné, le problème, l'action du produit, son effet n'est pas éternel mais dès l'instant où le produit ne fait plus effet et bien il retombe brutalement dans sa réalité souffrante. A partir de là il va reconsommer puisqu'il a trouvé le chemin pour en sortir à nouveau.

Si le produit n'était pas responsable mais le comportement du sujet par rapport au produit que la question soit posée et qui fait qu'il va retourner vers le produit plutôt que la question initiale. Alors le produit du fait qu'il a une durée d'action, d'un effet, il va errer dans cet espace temporel lui aussi un laps de temps et comme tout laps de temps, il va avoir un

passé , il va avoir une durée de vie, de récompense plus ou moins longue en fonction du produit et son avenir va être caractériser par le manque du produit ; Je vais essayer de me mettre dans la peau d'un héroïnomane , je me suis fait un shoot à 5 h , mon passé il n'est pas dans ce que j'ai fait hier , il n'est pas dans ce que j'ai fait dans mon enfance , il dans ce que j'ai fait à 5 h, si je sais que le produit va me faire effet pendant 2 h , à partir de là mon avenir il est à 17 h vous voyez la contraction temporelle . Chez les malades alcooliques c'est encore plus voyant. Il y avait un alcoologue qui disait : « chez les patients alcooliques, le temps s'embouteille » un alcoolique ne dit plus c'est 8 h du matin mais c'est l'heure du blanc, il ne dit plus c'est midi mais c'est l'heure du Ricard, il ne dit plus une journée c'est 24 h mais une bouteille me fait la journée. Pour quelqu'un qui n'ai pas dépendant, qui est inscrit socialement dans notre société , à un moment donné son temps est organisé par des heures, des minutes , des secondes, des journées , des demi-journées, etc... C'est le balancier du temps chez quelqu'un qui est dépendant ce qui donne le temps c'est le produit. A partir de là c'est un peu les deux, il y a le manque c'est l'avenir. Au départ c'est sa dépendance qui donne le tempo. Là on voit d'un seul coup que même les malades alcooliques ou les toxicomanes ne sont pas des fous il peut y avoir des psychotiques aussi ou des problèmes psychiques, mais par contre leur comportement lié à leur dépendance les amène à être perçu comme des fous car on ne les comprend pas ce qui va accélérer sa marginalisation quand ce n'est l'opprobre de la société .



Quand les hospitaliers demandent à leur enlever le produit parce que c'est nécessaire et qu'ils vont y laisser leur peau , ce n'est pas forcément mourir mais s'il reste dans le produit à un moment donné s'il eut s'en sortir cela va nécessiter un travail sur son passé, pour aborder ce passé souffrant il ne va pas le modifier on va essayer de symboliser les choses, ils vont essayer que le sujet apprenne à vivre avec son passé et en même temps, il va apprendre à se projeter dans l'avenir évidemment par ce que le vide laissé par le produit il va falloir le combler par des activités de plaisir j'insiste sur le mot plaisir parce que le lien originel avec le produit il devra le compenser avec des projets

01 – 01 - FAIRE COMPRENDRE A L'ENTOURAGE QUE L'ALCOOLISME EST UNE MALADIE ET QU'IL FAUT DU TEMPS POUR LA SOIGNER- LA CODEPENDANCE ET LE DENI DE L'ENTOURAGE

Animateur : Alain GIRARDOT

18 personnes : 11 abstinents volontaires – 7 buveurs guéris ou abstinents.

Le groupe de travail a commencé sa réflexion avec la volonté de différencier la période de l'avant soin – pendant les soins – après les soins.

Avant tout l'alcoolisme n'est pas une maladie solitaire, l'entourage souffre aussi que ce soit l'entourage proche, professionnel, lointain (associations pétanque, foot loisirs, centre culturel, etc...).

AVANT :

Le patient est dans le déni mais il faut savoir que l'entourage cautionne au début la maladie par crainte souvent du regard des autres, du jugement. Il est donc important que la famille, l'entourage comprenne la maladie. Alors comment ? En se renseignant par le biais du médecin traitant, d'Internet ou encore mieux avec les associations comme Vie Libre.

PENDANT :

Comment arrive la prise de décision, du « déclic soin » ?

Décision souvent prise quand « on a touché le fond ».

Décision prise par lassitude si causes de problèmes familiaux, professionnels,, de santé, ou même par obligation juridique.

C'est tout de même plus positif et efficace quand le malade décide lui-même de se faire soigner.

Lorsque la décision est prise et que le malade est en soin, il est important que l'entourage se prépare au retour du malade. Il faut accueillir cette nouvelle personne dans de bonnes conditions.

APRES :

Le retour c'est de retrouver un sens à la vie sans alcool pour l'entourage et le malade.

C'est surtout de pouvoir rétablir un climat de confiance et réapprendre à vivre ensemble.

Souvent le plus difficile pour l'entourage est de retrouver cette confiance sans brusquer les choses, étape par étape. Ainsi petit à petit la Vie Libre reprendra son cours normal.

CONCLUSION :

Avec nos nombreux témoignages, il est important de souligner que l'implication de l'entourage dans une association comme Vie Libre est un gage de pérennité pour la guérison avec une abstinence heureuse.

01 – 02 - FAIRE COMPRENDRE A L'ENTOURAGE QUE L'ALCOOLISME EST UNE MALADIE ET QU'IL FAUT DU TEMPS POUR LA SOIGNER- LA CODEPENDANCE ET LE DENI DE L'ENTOURAGE

Animateur ; Georgette CARNEVALE

Nous étions 15 personnes dans notre groupe se répartissant en 7 malades guéris - 2 abstinents volontaires - 5 conjointes de malades – 1 sympathisant

L'alcoolisme est une maladie progressive qui se soigne comme une autre maladie mais il faut plus de temps. Au début on se trouve des excuses... Ce n'est pas de notre faute, je ne bois pas plus que mon voisin

Au début l'alcool est lié à la fête, à la détente, à la convivialité. On évoque les bons moments. On a l'impression que pour être dans de bonnes relations, il faut consommer de l'alcool. Boire apparaît comme une contrainte sociale.

L'abstinent apparaît presque plus dérangeant que l'alcoolique.

Chaque cas est un cas particulier aussi bien pour le malade que pour l'entourage. A chacun son parcours de vie qui peut influencer sa guérison.

Au travail, il est difficile d'en parler même si les collègues, le patron sont au courant du problème. On ne sait pas comment les autres vont réagir. Si on en parle au malade, il se défend en disant : « je ne bois pas au travail » mais le soir, donc il n'est jamais à ZERO. Il n'en est pas conscient et reste dans le déni.

Certains ont aussi d'autres soucis de santé et déplacent le problème sur une autre pathologie.

L'entourage familial peut être aussi dans le déni. Le malade subit trop de pertes et de privations, : famille, travail, amis mais ce n'est pas de sa faute

A noter qu'en 2022 les jeunes ne connaissent toujours pas le vrai rapport à l'alcool.

Quant aux Pouvoirs publics aucune aide n'est apportée. Par exemple si on se trouve devant quelqu'un ayant fait un malaise, surtout ne pas dire que c'est une personne alcoolisée car les pompiers ne viendront pas ou s'ils viennent, le médecin régulateur ne jugera pas utile de l'hospitaliser car il n'a pas sa place aux urgences faute de lits et de personnel. Pas de place pour les alcoolos. On le laisse chez lui

Les écoles publiques ne sont pas ouvertes aux associations d'aides aux malades alcooliques comme elles le sont pour les premiers secours ou la Prévention routière. Les maires des communes de campagne ne peuvent pas intervenir facilement au titre d'information afin de ne pas stigmatiser un enfant dont le parent aurait ce problème.

Parlons de l'après-cure :

Il est indispensable que le malade prépare sa sortie en mettant tous les outils en place et prennent tous ses rendez-vous pour les prochains jours.

L'entourage doit participer aux réunions réservées à l'entourage qui ont lieu pendant la cure.

Difficultés de compréhension entre le malade et son entourage car le malade devient une nouvelle personne confrontée à une vie sans alcool. Durant les soins le malade se soigne pour lui, il a appris à dire JE L'entourage est désarmé. C'est important qu'il se fasse aider lui aussi. La confiance réciproque doit se réinstaller, ce qui n'est pas toujours facile et cela prend du temps.

L'entourage doit-il être abstinent à la sortie du malade ? Il vaut mieux pour l'aider mais il fait comme il peut. Certains malades ne tiennent pas à supprimer totalement l'alcool à la maison.

En conclusion :

Il est important que l'entourage participe à des réunions de l'entourage et vienne aux réunions des associations d'entraide afin de mieux comprendre la maladie et aider l'autre que ce soit conjoint, ou parent ou enfant.

02 - ABSTINENCE ET REDUCTION DES RISQUES COMMENT COHABITER EN REUNION ?

Animateur : Lucien POSTEL

12 personnes -

A Vie Libre, nous sommes partis du constat que la moyenne d'âge est assez élevée, et que le discours des soignants concernant l'abstinence et la réduction des risques pour l'alcool a changé petit à petit depuis les années 2006. En effet, jusqu'à récemment, l'abstinence stricte était vue comme l'unique solution, et elle l'est encore pour certains adhérents.

Ces derniers voudraient forcer les malades à admettre que c'est le seul objectif à atteindre, mais il est important aussi que chaque patient puisse faire ses expériences, chemine et arrive de lui-même à ce constat, s'il ne parvient pas à gérer sa consommation. La réduction des risques, si elle ne fonctionne pas, est simplement une étape vers une décision d'abstinence.

Rappelons que chaque personne, qu'elle que soit sa génération, qui est entrée à VIE LIBRE a forcément essayé, sans le nommer, la réduction des risques. Mais pour beaucoup, leur solution a été l'abstinence définitive.

L'abstinence à vie est souvent plus évidente pour les moins jeunes que pour les jeunes qui arrivent.

C'est sans doute plus « understandable » pour une personne de 60 ans que pour une personne de 20 ans. Pour les jeunes, ce mot abstinence les renvoie un peu à pénitence, incompetence...

La TOLERANCE envers ces personnes qui souhaitent réduire les risques est essentielle car si les associations sont intransigeantes, ces personnes ne pousseront pas la porte. Qui sommes-nous pour porter un jugement sur ces choix, alors que nous sommes nous-même passés par là.

Un adhérent nous exprime avoir été surpris, lors de sa formation sur les RDRD, d'entendre que certains abstinents ne trouvent pas sérieux ceux qui font ce choix et n'accordent pas de valeur à leur parole. Il s'est senti incompris et discriminé.

Il est important en réunion qu'il n'y ait pas de rupture, de clans entre les abstinents et ceux qui tentent de réduire les risques, mais une compréhension et un soutien mutuel. On ne laisse personne au bord du chemin.

Nous terminerons simplement par une réflexion de Philippe Batel (psychiatre addictologue) :

« Des études faites dans la population générale non traitée montrent qu'au cours de leur vie, seuls 20% des personnes dépendantes à l'alcool consultent un médecin, un centre spécialisé, ou prennent contact avec des associations d'anciens buveurs pour se soigner.

La raison la plus souvent invoquée par les 80% restants : « Je ne suis pas prêt à m'arrêter de boire pour le restant de mes jours ». Dès lors, si l'acceptation d'un projet d'abstinence définitive est l'unique sésame de la prise en charge thérapeutique, on laisse un nombre considérable de personnes en souffrance à l'écart des dispositifs de soins existants »

Venir en association, c'est déjà une prise de conscience et un début de soins.

Rappelons que l'abstinence ne sera durable que si elle est heureuse.

03 - DEPRESSION ET/OU MALADIE ALCOOLIQUE ? INCIDENCES DE L'ALCOOL SUR LE PHYSIQUE ET SUR LE PSYCHIQUE

Animateur : Bruno MARREL

Rapporteurs : Véronique JACQUEMIN et Baptiste DERIAUX - Secrétaire : Emmanuelle GALLOIS

17 buveurs guéris - 3 abstinents volontaires

DÉPRESSION ET/OU MALADIE ALCOOLIQUE :

Après un tour de table, un tiers était malade alcoolique et on fait une dépression après ou pas.

2 tiers en dépression chronique sont tombés dans l'alcool, et certains après plusieurs années d'abstinence ce qu'on peut définir de dépression réactive.

La gestion de la dépression est plus facile à soigner en étant abstinent.

L'abstinence heureuse est plus dure pour une personne qui était en dépression avant d'être malade alcoolique.

INCIDENCE DE L'ALCOOL SUR LE PHYSIQUE ET SUR LE PSYCHIQUE :

A propos du physique après retour de chacun du groupe, on s'aperçoit que pour certains le physique a pu être abîmé soit par des problèmes de poids, soit par de graves maladies. D'autres sont encore marqué physiquement.

Nous sommes tous d'accord qu'il y a globalement une fatigue physique et un manque de dynamisme dû aux alcoolisations.

Quant au psychique, gros problèmes de mémoire évidemment pour tous, manque de discernement et de perception des choses.

La honte et la culpabilité sont également présentes ainsi que la paranoïa.

On constate aussi le manque de libido chez certaines personnes et la perte d'endurance.

Après ces différents constats, nous sommes convaincus que la seule manière de s'en sortir est de tendre vers l'abstinence heureuse.

04 - SAVOIR ECOUTER LE MALADE POUR L'ACCOMPAGNER

Animateur : Jean Claude Bel

Nous étions 22 participants : - 11 buveurs guéris - 4 femmes buveuses guéries - 3 abstinents volontaires -4 sympathisants -dont 1 participant de la Croix Bleue

On a commencé par définir la notion de malade alcoolo-dépendant : c'est un être humain lié à une histoire familiale, professionnelle et sociale ou le facteur alcool est souvent présent dans l'une ou les trois de ces dimensions. En fonction de tout ça on peut agir pour le conseiller et l'approcher.

On avait aussi relevé trois fractures : personnelle, familiale et sociale. On peut agir sur ces trois points-là pour agir en recréant un climat de confiance par le dialogue en déculpabilisant, dédramatisant et sans jugement. L'alcool pose un problème, à terme il faut arriver à une abstinence consentie, dans la conscience de laisser du temps au temps.

On précisait aussi l'importance de travailler sur l'affectif, pas sur l'intellectuel : parler de ce que le malade ressent, pas lui dire ce qu'il doit faire. Il faut que le malade puisse ressentir que le vécu de celui qui lui parle rejoint ce qu'il vit. Tout en discernant aide et assistantat .

Il est ressortit aussi l'importance de reformuler, se mettre à son niveau. Il faut être authentique avec la personne. Lui faire sentir, aussi qu'il n'est pas seul, envisager la section comme un moyen, des personnes sur lesquelles il peut s'appuyer.

Il faut valoriser le malade, lui faire comprendre qu'il est capable de belles choses : citer l'exemple de Serge Gainsbourg.

05 - PRIVILEGIER LE CONTACT EN PRESENTIEL EN COMPLEMENT DES RESEAUX SOCIAUX - ANNULE FAUTE DE PARTICIPANTS

06 - IMPORTANCE DES CSAPA - ELSA ET DES ASSOCIATIONS – COMPLEMENTARITE

Animateur : Alain ANDRE

4 buveurs guéris – 2 abstinents volontaires dont 1 membre Croix Bleue

Déjà nous avons défini les sigles :

- **CSAA** : en 2009 Centre de soin ambulatoire en addictologie
- Qui remplaçait les groupes C2A centre d'addictologie et d'hygiène alimentaire
- Qui depuis 2020 sont devenus l'ANPAA (Association Médicale pour les addictions et l'addictologie)
- Qui sont devenus maintenant Association Addictions France
- **ELSA** : Equipe Liaison sur l'addictologie

Les CSAPA qui est devenu l'ANPAA (qui est une association) recevait de l'hôpital ou du centre de cure les malades. Ces ANPAA ont pour professionnels : secrétaires, assistantes sociales, psychologue, médecins

- Les personnes en besoin de soin
- Après les séances de psychothérapie, photo langages, relaxation, sophrologie, hypnose relaxative sous le contrôle d'un médecin addictologue ou d'un psychologue.
Après la fin de sa prise en charge

Le malade est invité à prendre contact avec une association la liste lui est " normalement" remise en main propre

Donc l'ancien parcours était cure , CSAPA ou ANPAA et Association

D'autres soins ambulatoires prises en charge par l'hôpital groupe Elsa : Equipe Liaison en Addictologie - Ellia (Saint Etienne)

CARUD

Relation entre les associations et CSAPA ou ANPAA

Pas beaucoup voir quasi nul

Une rencontre pourrait être organisée entre les CSAPA et les responsables de section qui sont proches

Un meilleur Flyer pourra être mis en place avec les toutes les associations avec les bons numéros de télé phone et les adresses

A ANNONAY pas de contact entre CSAPA et Association et cela depuis longtemps

Depuis la création de nombreux hôpitaux de jour (une dizaine en région lyonnaise depuis ces dernières années) voir soins en ambulatoire le contact est freiné voir plus difficile est-il appelé à disparaître ?

07 - COMMENT ENVISAGEONS-NOUS LA CONTINUATION DES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE ?- COMMENT NOUS FAIRE CONNAITRE ?

Animateur : Jean Claude MYLNE

Rapporteurs Bernard ROMAIN Croix Bleue, Christophe PACHOT Vie Libre vallée de l'Albarine.

Groupe de 12 personnes

La crise sanitaire due au COVID19 que nous traversons depuis plus de 2 ans a profondément impacté et durablement notre société tant au niveau économique qu'au niveau médico-social et culturel.

Les confinements successifs ont amplifié la rupture de lien social et familial convivial.

La reprise de nos activités se fait difficilement.

Après les 2 années de suspension de nos activités nous devons remobiliser nos adhérents et partenaires.

- Les structures de santé, SSR, hôpitaux
- Les réseaux d'addictologie – ELSA, CMP,
- Les CCAS, mairies
- Les écoles
- Les associations d'entraide – Croix Bleue, Alcool Addict
- La Sécurité routière.

Saisir toutes les occasions pour prendre des rendez-vous et créer des ouvertures.

Toutes opportunités sont importantes.

Développer la communication : radio, journaux et réseaux sociaux.

Renforcer les passerelles entre associations d'entre aides, ex Croix Bleue

- Mutualiser les actions et les formations accompagnement, analyse de la pratique.

La méthode : aborder la problématique des addictions sous l'aspect de l'usage de produits licites ou illicites.

« ALLER VERS »

Intégrer dans cette démarche l'entourage. Privilégier les visites à domicile avec l'accord du cercle familial et dans le respect de nos règles d'intervention.

Revenir à nos fondamentaux que sont nos équipes de bases.

Remotiver nos militants en faisant revivre notre devise « notre force c'est l'Amitié.

Redonner la parole à nos militants de base pour qu'ils reprennent confiance en eux et retrouver l'estime de soi en côtoyant les professionnels de santé qui nous considèrent comme des acteurs de santé publique.

08 - POURQUOI CUMULER LES SEVRAGES, CURES, POSTCURES SANS SE REMETTRE EN QUESTION ?

Animatrice : Sylvie FEIGE

12 pers -

Lorsque l'on fait sa 1ère cure il faut absolument que cela vienne de nous, c'est nous qui avons décidé de nous soigner.

Pendant cette cure tout est mis à disposition pour que nos soins se passent bien.

A la sortie, ne surtout pas rester seul, s'occuper, aller voir des associations...

Malheureusement certaines personnes ont besoin de plus d'attention, de plus de temps, ce qui peut engendrer une ré-alcoolisation donc une deuxième cure ou un suivi ambulatoire est nécessaire c'est une question de temps.

Pour d'autres par contre c'est un besoin de profiter des cures à répétition parce qu'ils n'ont pas compris que c'est une maladie qui se soigne et qu'il n'ont pas trouvé encore leur bien être dans la société d'où l'importance de se remettre en question.

A force de travail sur soi-même, tout le monde en est capable ; quel qu'en soit le temps. Il ne faut surtout pas baisser les bras, Notre destin nous appartient.

« ET SE DIRE QUE NOUS LES DEPENDANTS ALCOOLIQUES C'EST ZERO ALCOOL POUR TOUT LE RESTE DE NOTRE VIE.

A FORCE DE VIVRE DANS LE FUTUR , JE NE PENSE PLUS AU PASSE ET AUJOURD'HUI J'ECRIS AU PRESENT »

09 - ADDICTIONS AUX ECRANS (téléphone, internet, Facebook, etc. ...) – LA CYBERDEPENDANCE, COMMENT PREVENIR ? ANNULE FAUTE DE PARTICIPANT

10 - LA VIOLENCE EN RAISON DES ADDICTIONS – SEQUELLES DE LA PANDEMIE.

Animateur : Philippe JOUVE

9 participants dont 4 anciens buveurs et 5 abstinents volontaires.

Nous avons échangé sur les thèmes des séquelles de la pandémie et la violence en raison de l'alcool.

Les séquelles de la pandémie :

La crise sanitaire a provoqué encore plus d'isolement et d'abandon pour le malade alcoolique dûe au manque de soin et de place dans les hôpitaux. Les soins n'étaient plus accessibles et les associations étaient bridées dans l'aide qu'elles pouvaient apporter aux personnes qui en avaient besoin, malgré les dérogations dont bénéficiaient certaines. On n'avait pas de salle pour les réunions et permanences

On a vu une augmentation des violences, le signalement des violences au 3919 a enregistré

- en Mars 2020 9700 appels
- en Avril 2020 29400 appels

On peut raisonnablement penser que l'alcool et autres addictions ont leur part dans cette augmentation, ça a entraîné un fort ralentissement des activités des associations d'entraides.

La violence en raison des addictions :

Nous avons eu 2 témoignages :

- un membre ancien buveur guéri
- une membre abstinente volontaire conjointe

Pour le 1er témoignage, le buveur était en recherche de conflit après sa consommation, qui se traduisait par de la violence physique et verbale, histoire qui se terminait régulièrement en garde à vue et parfois au tribunal. « je buvais pour oublier, mais je n'oubliais pas de boire » ce sont ses mots.

Pour le 2ème témoignage, on a abordé les aides apportées à l'entourage victime de violence dûe à l'alcool dont la « commission femme », mais encore faut-il que la personne fasse la démarche d'en parler et les enfants subissent aussi les conséquences de l'alcoolisme violent.

Nous avons rencontré des difficultés pour exploiter le thème choisi, «la violence en raison des addictions » par manque de matière et d'expériences à partager par les membres participants.

Au final, les participants étaient plus en attente d'information, en partage d'expériences qu'en apport d'expérience.

Les 2 témoignages ont été très riches, forts et nous ont apporté beaucoup.

Ce fut un moment très convivial, ou l'on a bien rit sur un sujet aussi grave.

11 - MANQUE DE BIENVEILLANCE ENTRE LES ADHERENTS VIE LIBRE – COMMENT GERER LES CONFLITS LORS DES REUNIONS.

Animateur : Philippe GENIN

6 personnes

1 - Manque de bienveillance entre les adhérents vie libre .

Il faut bien penser que l'amitié lie les membres entre eux sans jugement, que la confiance soit présente dans le groupe.

Que personne ne soit mis à l'écart et que toutes les membres avancent d'une même voix et dans le même sens .

2 - Gérer les conflits lors des réunions.

Un conflit est un état d'opposition entre deux ou plusieurs personnes, le conflit est chargé d'émotions, telles que la colère, la frustration, la peur, la tristesse, la rancune, le dégoût et parfois l'agressivité et de la violence.

Quelques causes de conflits :

- Jalousie
- L'information ou la communication
- Les intérêts
- Les croyances
- Les divergences

3 - Gérer les conflits.

Les tensions sont à prendre en compte par le responsable de section, dès qu'il en est informé ou qu'il en prend conscience lui-même. Ne jamais les laisser sans agir.

Le rôle du responsable c est ;

- De définir le problème.
- Rechercher des solutions.
- Choisir une solution.
- Appliquer la solution.
- Vérifier les résultats.
- Désamorcer un conflit.
- Ne pas interrompre
- Ne pas couper la parole
- Discuter sans contre attaquer.
- Important de respecter la place et le rôle de chacun.
- Ne jamais banaliser la situation, votre interlocuteur veut une réponse ou une solution.
- Faire part des projets avant de les imposer
- Faire preuve de respect les uns envers les autres même si des divergences existent.

Conclusion.

Toute mauvaise ambiance ce ressent sur les malades et les nouveaux arrivant.

Aucun clan ne peut être toléré dans une section.

Toute tension non stoppée va déviée en conflit sans prise en compte

Toute discussion et décision prises doivent l'être fait en présence des personnes opposées

12 – DVLP : COMMENT TRAVAILLER AVEC LES INSTANCES JUDICIAIRES ET PENITENTIAIRES ?

Nous étions 11 participants, 8 DVLP (Délégué Vie Libre Prison) et 3 novices.

Les instances pénitentiaires :

Dans les établissements Carcéraux, nous sommes en relation avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et Probation, (S.P.I.P), ou l'Unité de Consultation en Soins Addictologie, (U.C.S.A), qui oriente les personnes incarcérées ayant un problème d'addiction à l'alcool. Il est parfois difficile d'intervenir, car certaines structures à vocation médicale font blocus, (structure extérieure à la prison composée de professionnels de la santé).

Dans certains établissements, il est mis en place deux fois par an une commission addiction ou est présent, le Juge d'Application des Peines, (J.A.P), l'U.C.S.A, le S.P.I.P, la Psychologue et les Associations concernées par les Addictions. A cette réunion, le DVLP est présent pour parler de son action envers les détenus rencontrés (sans donner de nom), et de remonter les éventuelles difficultés dans ses interventions. Une demande sera faite à la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires, (D.I.S.P), pour savoir si ces commissions addictions sont mises en place dans toutes les prisons

Une Journée santé est faite à l'initiative de certains centres pénitentiaires, en collaboration avec des structures associatives, diététiques, premiers secours, sur le tabac, sur l'alcool et autres addictions, (un genre de forum santé). Les détenus viennent par petits groupes et font le tour des stands. Un bon moyen pour se faire connaître auprès des personnes hébergées.

Afin de mettre en place des groupes de paroles, un DVLP intervenant seul peut faire appel à une autre association d'entraide pour un partenariat.

Le Docteur Sandra LIEBARD, Médecin chef de la prison de Roanne mais aussi de la Talaudière, souhaiterait que Vie Libre reprenne son action dans cette dernière dans le domaine de « l'éducation à la santé ». Si des militantes ou militants de la section de la Talaudière, de St Etienne ou autres sont intéressés et désirent s'investir, ils peuvent contacter le référent régional ou Denis BECOT de la section de Roanne. La Maison d'Arrêt est l'une des premières prisons (après Toul) où le Mouvement Vie Libre est intervenu.

Les instances judiciaires :

Après des discussions entre les participants, les échanges ont été intéressants sans pour autant arriver à une réponse.

Nous avons conclu qu'au niveau des instances Judiciaires il était difficile mais pas impossible de travailler avec elles. Il faut juste que ces instances reconnaissent notre travail de bénévoles et notre outil qui est notre vécu d'ancien malade.

Bonne participation des personnes dans ce thème du domaine carcéral. Les échanges ont été instructifs pour les 3 personnes novices. Merci à toutes et tous.



LE COMITE REGIONAL
RHONE ALPES

VOUS DONNE RENDEZ-VOUS
LES

31 MARS – 01 – 02 AVRIL 2023

POUR LE 70^e ANNIVERSAIRE
DE VIE LIBRE

A VOGUE