

CONCEPT D'INTERVENTION

DU SECTEUR D'ACCOMPAGNEMENT
SOCIO-THÉRAPEUTIQUE
DE LA FONDATION VAUDOISE
CONTRE L'ALCOOLISME



FONDATION VAUDOISE
CONTRE L'ALCOOLISME

Renaud Stachel

Membre de direction et Responsable du secteur
d'accompagnement socio-thérapeutique de la Fondation
vaudoise contre l'alcoolisme

CONCEPT D'INTERVENTION

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce concept en apportant leur regard affûté tant sur le fond que sur la forme :

- Dre Martine Monnat – Médecin cantonal adjoint – Service de la Santé publique
- M. Hugues Balthasar – Responsable de missions stratégiques – Service de la santé publique
- Dr Jean-Pierre Gervasoni – Ancien chef de clinique, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) – Membre du Conseil de fondation de la FVA
- M. Franck Simond – Directeur de la FVA
- M. Stéphane Caduff – Responsable du secteur Prévention de la FVA
- Toute l'équipe du secteur d'Accompagnement socio-thérapeutique de la FVA – Mmes Catherine Bailly, Nathalie Caroccia, Corine Chevaux, Clara Chifflet, Laetitia Comte-Piquero, Pascale Ernst, Carole Isoz, Denise Jallut-Bongard, Christine Maire, Silvia Mongodi, Estelle Panchaud et Estela Villamarin, ainsi que M. François Marville.
- Mmes Nathalie Piccard et Florence Revaz – Administration de la FVA
- Les collaboratrices du secteur Prévention – Mmes Joëlle Duruz, Rose-Marie Notz, Yana Scheurer et Paola Tarchini.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	7
2. MISSIONS DU SAT (SECTEUR D'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-THERAPEUTIQUE)	8
3. CONTEXTE	8
3.1 Consommation d'alcool	8
3.2 Consommation d'alcool et troubles psychiques (comorbidité)	10
3.3 Trouble primaire ou secondaire	10
3.4 Problématique en lien avec la présence de comorbidité(s) psychiatrique(s)	11
3.5 Besoins du réseau	11
4. TYPOLOGIE DE BENEFICIAIRES OU PUBLIC CIBLE	12
4.1 Les bénéficiaires	12
4.2 Les proches	12
4.3 Le réseau	13
4.4 Les entreprises, communes et autres employeurs	13
5. NOTRE APPROCHE	13
5.1 Accompagnement socio-thérapeutique spécialisé en alcoologie	13
5.2 Réflexion sur l'abstinence	15
6. PROGRAMMES	16
6.1 Programme de réduction des risques (RdR)	16
6.2 Programme de consommation contrôlée (Alcochoix)	17
6.3 Programme de soutien à l'expérimentation de l'abstinence	18
6.4 Prévention de la rechute	18
6.5 Interdisciplinarité	19
7. PRESTATIONS DU SAT	19
7.1 Prestations à la personne, y compris les proches	20
7.1.1 Accompagnement standard	20
7.1.2 Accompagnement de type « case management »	20
7.1.3 Accompagnement pour les proches	21
7.1.4 Accompagnements bifocaux	22
7.2 Prestations au réseau	22
7.2.1 Intervisions	22
7.2.2 Soutien aux entreprises	23
7.2.3 Formations en alcoologie	24
8. EVALUATION ET INDICATION DES BENEFICIAIRES	24
9. MONITORAGE DES PRESTATIONS	25
10. ORGANISATION DU SAT	26
11. ORGANIGRAMME DE LA FVA	27
12. BIBLIOGRAPHIE	28

1. INTRODUCTION

Ces vingt dernières années, en Suisse comme ailleurs, les prises en charge et les suivis addictologiques ont évolué. Les différents facteurs en cause comprennent la médicalisation des prises en charge, le développement des prestations ambulatoires en complément des prestations résidentielles, la fragilisation accrue d'une partie du public-cible (comorbidités psychiatriques et sociales), ainsi que le développement des concepts de consommation contrôlée et de réduction des risques.

Dans le canton de Vaud, une offre ambulatoire variée s'est développée, assurée par de multiples acteurs, comme le Service d'alcoologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après CHUV), certains cabinets médicaux, de même que les structures résidentielles qui proposent également des suivis à l'issue des séjours.

Le secteur d'accompagnement socio-thérapeutique (ci-après SAT) de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (ci-après FVA) a enrichi et adapté son offre en tenant compte des changements évoqués ci-dessus. Il a été décidé d'abaisser le seuil d'accès des prestations et de développer la mobilité afin de toucher tous les bénéficiaires potentiels. Une attention particulière est portée sur une offre de prestations en institutions, de soutien des partenaires du réseau (interventions), de même que des entreprises.

Ce document a pour but de détailler les missions, le public cible et les fondements théoriques des interventions, ainsi que les prestations proposées par le SAT. Il décrit également l'organisation du secteur.

2. MISSIONS DU SAT (Secteur d'accompagnement socio-thérapeutique)

La mission première du SAT est d'accueillir et de proposer un accompagnement socio-thérapeutique à toute personne en difficulté avec sa consommation d'alcool ou en difficulté en raison de la consommation d'un proche.

La deuxième mission du SAT est de proposer au réseau médico-social non spécialisé en alcoologie et aux entreprises des prestations d'aide au suivi. Celles-ci concernent notamment les réseaux ambulatoires, résidentiels et pénitentiaires et sont fournies la plupart du temps chez le partenaire.

Dès 2017, la troisième mission du SAT est de collaborer avec les centres d'indication du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi en Addictologie (ci-après DCISA)¹.

3. CONTEXTE

3.1 Consommation d'alcool

L'alcool occupe une place importante au niveau social et culturel dans notre pays, il est bien intégré et fait partie des habitudes de vie. La plus grande partie de la population suisse adopte un mode de consommation d'alcool peu problématique puisque 80% des personnes consomment de l'alcool sans risque notoire pour leur santé². En revanche, une personne sur cinq fait des excès occasionnellement ou régulièrement. Or, l'abus d'alcool est préjudiciable, non seulement pour les intéressés, mais aussi pour leurs proches et pour l'ensemble de la société. Il est responsable de nombreuses et graves atteintes à la santé de même que de problèmes sociaux, professionnels et familiaux.

En termes de santé publique, les aspects les plus problématiques sont la consommation d'alcool chez les enfants et les jeunes, les ivresses ponctuelles ainsi que les excès chez les aînés.

La consommation abusive d'alcool a des répercussions sur l'ensemble de la société. Elle génère des dépenses très importantes dans les domaines de la santé et de la sécurité routière. Elle pénalise l'économie, en raison des pertes de pro-

¹ Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi en Addictologie (DCISA), décembre 2016

² Gmel G. et al., *Monitorage suisse des addictions : alcool. Rapport annuel – Données 2011*, Berne, 2012

ductivité qu'elle occasionne. L'alcool est souvent l'un des facteurs à l'origine de comportements agressifs (bagarres, agressions, violences domestiques).

La notion de consommation à risque comprend trois catégories, l'ivresse ponctuelle ou « binge drinking », la consommation inadaptée à la situation et la consommation chronique.

L'ivresse ponctuelle ou « binge drinking » correspond à la consommation dans un bref laps de temps de 5 verres standards et plus pour les hommes et 4 verres standards et plus pour les femmes. Elle se caractérise par une perte des facultés physiques et psychiques pouvant conduire à des dommages ou des intoxications aiguës.

La consommation inadaptée à la situation correspond à la pratique d'une activité incompatible avec la consommation d'alcool, telle que la conduite d'un véhicule, les activités professionnelles et sportives. Elle comprend également la prise d'alcool avec certaines médications et la grossesse.

La consommation chronique correspond à la consommation régulière de 4 verres standards et plus par jour pour les hommes et 2 verres standards et plus par jour pour les femmes. Elle présente un risque pour la santé à moyen et long terme.

Le SAT adresse ses prestations aux consommateurs à risque, et plus particulièrement à ceux qui présentent une alcoolodépendance, ainsi qu'à toute personne se questionnant sur sa consommation d'alcool.

Dans le canton de Vaud, 15% des plus de 15 ans présentent une consommation d'alcool à risque et 3 à 5% présentent un problème de dépendance, soit en 2015, plus de 96'000 personnes ayant une consommation à risque et entre 19'000 et 32'000 personnes dépendantes. Les coûts engendrés sont de 190 millions de francs par an pour les consommateurs à risque et de 60 millions pour les alcoolodépendants³.

.....
³ Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA), PAct-Alcool 2015-2018. Deuxième axe – information et prévention. Plan opérationnel, Lausanne : Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, 2015.

3.2 Consommation d'alcool et troubles psychiques (comorbidité)

Le terme comorbidité psychiatrique désigne la cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychique.

Dans le cas de l'alcool, les études montrent que 50 à 70% des personnes souffrant de dépendance à l'alcool souffrent en même temps de troubles psychiatriques et/ou de fragilités psychiques. Comparés à la population générale, les états dépressifs majeurs sont deux fois plus fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool, les troubles bipolaires sont quatre fois plus fréquents et les troubles anxieux sont trois fois plus fréquents. Les troubles de la personnalité (tous types confondus) sont, quant à eux, trois fois plus fréquents chez les patients présentant une consommation d'alcool problématique (quatre fois pour les personnalités dépendantes et antisociales).

Une proportion de 20% à 50% des patients souffrant de schizophrénie présente aussi une dépendance ou une utilisation abusive d'alcool. Certaines études avancent une proportion de 30% de syndromes de stress post-traumatique dans la population dépendante à l'alcool, soit une fréquence quatre fois plus élevée que dans la population générale⁴.

3.3 Trouble primaire ou secondaire

Dans l'évaluation d'une personne dépendante à l'alcool présentant une comorbidité psychiatrique, il est important de déterminer si le trouble est primaire, c'est-à-dire s'il précède le développement de la dépendance à l'alcool ou s'il est secondaire. Cette distinction a des implications thérapeutiques majeures, puisque les pathologies psychiatriques secondaires à une dépendance à l'alcool tendent à régresser spontanément et à disparaître dans les quatre semaines suivant l'arrêt complet de la consommation. Par contre, les troubles psychiatriques primaires ne sont pas ou peu influencés par l'arrêt de l'alcool et font l'objet d'un traitement spécifique⁵.

.....
⁴ Falcheri J.-Ph., « Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien », *Revue Medicale Suisse*, 2011, volume 7, pp. 1462-1465.

⁵ Daeppen J.-B., *Vade Mecum d'alcoologie*, Édition Médecine et Hygiène, 2003.

3.4 Problématique en lien avec la présence de comorbidité(s) psychiatrique(s)

Les personnes qui présentent une comorbidité psychiatrique associée à la problématique alcoolique ont plus de difficultés à demander des soins et à y adhérer. Ils présentent également plus de comorbidités somatiques, de troubles cognitifs, relationnels et de troubles de la motivation. Les problèmes sociaux et pénaux sont aussi plus nombreux (problèmes professionnels, chômage, ressources limitées, incarcérations, violence)⁶. La prise en charge de ces personnes est de ce fait plus complexe.

3.5 Besoins du réseau

La population touchée par les problèmes en lien avec la consommation d'alcool est extrêmement large et hétérogène. Elle comprend également les proches des consommateurs.

Les professionnels impliqués dans le suivi de cette population sont par conséquent nombreux et regroupent différentes professions. Experts dans leur domaine, ils ne sont, en revanche, pas familiers avec l'approche spécialisée en alcoologie d'où leur demande de soutien. Le SAT est notamment contacté par des médecins généralistes et psychiatres, par les hôpitaux somatiques et psychiatriques, les établissements médico-sociaux, les centres sociaux régionaux, les foyers pour handicapés, différentes entreprises, les Bureaux régionaux d'information et d'orientation médico-sociale (BRIO), le Service de protection de la jeunesse, l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), le Service pénitentiaire et la Fondation vaudoise de probation.

Ces professionnels détectent rapidement la problématique alcoolique mais se heurtent à la difficulté de motiver la personne concernée à entrer dans une démarche de soin. La confrontation avec le déni alcoolique et/ou l'ambivalence les empêche souvent d'amener ces personnes à accepter une aide spécialisée. De ce fait, seul un faible pourcentage des personnes avec un problème de consommation d'alcool est suivi et accompagné. Ce manque de suivi ne dépend pas de la gravité de la problématique addictive, il existe aussi bien chez les grands consommateurs que chez les personnes dépendantes. Il est

.....

⁶ Horsfall J., "Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence", *Harv Rev Psychiatry*, 17 (1), 2009, pp. 24-34.

plutôt lié à la manière d'aborder la problématique et au seuil d'accessibilité de l'offre qui n'est pas toujours adapté.

Ces partenaires sont souvent seuls à gérer des situations de dépendance pour lesquelles ils n'ont pas suffisamment d'expérience, ce qui peut mettre en échec la prestation qu'ils proposent et peut provoquer des fins de suivis ou des ruptures. Citons, par exemple, les interruptions de séjours dans les différents établissements résidentiels (établissements médicaux-sociaux, foyers pour handicapés, foyers psychiatriques) pour des raisons en lien avec la consommation d'alcool (introduction d'alcool dans le lieu de vie, prosélytisme, violences), les rendez-vous manqués qui aboutissent à l'interruption des suivis, les échecs des mesures de réinsertion, les allers et retours fréquents entre le lieu de vie et l'hôpital somatique et/ou psychiatrique.

Pour remédier à ce manque de suivi, il faut que ces professionnels, non spécialisés en alcoologie, reçoivent le soutien nécessaire pour leur permettre d'aborder les résistances aux soins dans de bonnes conditions.

Le SAT intervient dans ces situations pour limiter les risques de rupture en proposant des prestations ambulatoires en collaboration avec les partenaires non-spécialisés (cf. prestations au réseau).

4. TYPOLOGIE DE BENEFICIAIRES OU PUBLIC CIBLE

Les prestations du SAT s'adressent à quatre groupes cible principaux:

4.1 Les bénéficiaires

La principale mission du SAT est d'accueillir et de proposer un accompagnement socio-thérapeutique à toute personne en difficulté avec sa consommation d'alcool.

4.2 Les proches

Il s'agit des personnes ayant dans leur famille ou entourage une personne qui présente des problèmes liés à sa consommation d'alcool. Dans la majorité des cas, il s'agit de mères et de conjointes (l'inverse est plus rare) ou de jeunes adultes s'interrogeant sur la consommation d'un proche.

4.3 Le réseau

Par le biais de l'intervention, le SAT offre soutien et conseils aux partenaires non spécialisés en addictologie/alcoologie, y compris au réseau de soins (ambulatoire et hospitalier) ; la finalité étant que les bénéficiaires concernés acceptent un accompagnement lorsque cela est nécessaire.

En outre, le SAT propose des formations en alcoologie qui s'adressent à tous les partenaires désirant acquérir des connaissances de base et/ou un perfectionnement en alcoologie.

4.4 Les entreprises, communes et autres employeurs

Les employeurs sont de plus en plus sensibles aux problématiques liées à la consommation d'alcool dans le cadre professionnel. Dans ce contexte, le SAT propose d'une part son expérience aux services RH et santé au travail ainsi qu'aux directions et chefs d'entreprises, et d'autre part, accompagne tout employé en difficulté avec sa consommation d'alcool.

Dans ce cadre, lorsque cela s'avère nécessaire, des conventions de collaborations spécifiques sont établies avec les partenaires concernés pour notamment garantir la confidentialité.

5. NOTRE APPROCHE

5.1 Accompagnement socio-thérapeutique spécialisé en alcoologie

Lors des premières rencontres, le bénéficiaire a, avant tout, besoin d'être accueilli et entendu avant de pouvoir s'engager dans un suivi. Proposer un accueil qui repose sur l'empathie est essentiel à la construction de l'alliance thérapeutique. Cette valeur incarnée par la FVA est partagée par tous les membres de l'équipe. Dans cette optique, le SAT propose un accompagnement personnalisé, ou coaching spécialisé en alcoologie, dans lequel le professionnel et le bénéficiaire sont deux acteurs à part entière du projet thérapeutique.

La méthode utilisée est l'entretien motivationnel développé par Miller et Rollnick à partir de l'approche centrée sur le bénéficiaire développée par C. Rogers. Celle-ci vise à assurer au bénéficiaire « *une liberté complète d'être et de choisir* ». Rogers a en effet montré que lorsque les conditions d'empathie,

d'acceptation inconditionnelle et de congruence sont réunies, les personnes ne peuvent que progresser naturellement dans une direction positive⁷.

L'entretien motivationnel est utile à l'exploration et à la résolution de l'ambivalence afin que la personne concernée parvienne à trouver la motivation intrinsèque pour changer.

Pratiquer l'entretien motivationnel implique, pour le professionnel, de garantir un climat de confiance et une qualité d'écoute afin de créer une relation suffisamment significative pour que la personne concernée accepte, dans le cas de l'alcool, d'explorer sa relation avec le produit et la place que la consommation a prise dans sa vie. Pour cela, le professionnel doit faire preuve d'empathie et comprendre la réalité de l'autre, ce qu'il vit et l'accepter. Il doit être congruent, c'est-à-dire être parfaitement relié à ses émotions, au fait de son fonctionnement, ce qui l'oblige à éclaircir ses propres rapports avec le produit et à être conscient des ressentis/émotions que suscitent en lui les situations qui lui sont présentées.

L'approche motivationnelle s'organise en deux phases. Durant la première, le thérapeute, face à la situation difficile présentée par le patient, l'aide à bâtir sa motivation au changement. Techniquement, il cherche « à créer dans la façon de voir du patient, une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de référence ou ses objectifs personnels, afin d'augmenter de façon sensible sa perception des inconvénients du non-changement (développer les divergences) »⁸. Face aux résistances au changement, le thérapeute doit éviter de chercher à convaincre et « rouler avec la résistance » ce qui implique d'aider la personne à adopter d'autres points de vue, l'amener à être acteur dans la recherche de solutions à ses problèmes et renforcer son sentiment d'efficacité personnelle⁸.

La seconde phase vise à consolider la décision et à mettre en œuvre le changement. L'une des compétences du thérapeute est d'identifier le moment favorable pour engager la deuxième phase, lorsque la *disposition au changement* est manifeste chez le patient.

.....
⁷ Rogers C.R., *L'approche centrée sur la personne, anthologie de textes présentés par H. Kirschenbaum et V. Land Henderson*, Editions Randin, 2001.

⁸ Lecallier D., Michaud P., « L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique », *Alcoologie et addictologie*, 26(2), 2014, pp.129-134.

L'approche du SAT tient aussi compte du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente. Celui-ci s'articule autour de cinq concepts principaux, soit les stades de changement, les stratégies de changement, la balance décisionnelle, le sentiment d'efficacité personnelle et les niveaux de changement ⁹.

Selon ce modèle, l'ambivalence est un phénomène central, défini par le conflit entre les tendances qui favorisent et celles qui s'opposent au maintien ou à l'arrêt d'un comportement donné. Les moyens pour changer ne peuvent pas être prescrits, ils doivent être proposés et toujours en fonction du stade où se situe la personne concernée.

Les intervenants du SAT, tous formés à l'entretien motivationnel, s'attachent à ce que la technique acquise devienne une attitude, un savoir-être qui favorise la relation, ce qui leur permet, lorsque c'est indiqué, d'aider la personne à mettre en place un suivi psychothérapeutique (cf. suivis bifocaux).

5.2 Réflexion sur l'abstinence

L'abstinence ne peut pas être prescrite, elle peut être proposée comme expérience. Seules ces expériences (*d'abstinence proposée*), si elles sont réalisées, permettent à la personne d'accéder à un choix ultérieur : poursuite ou modification de la consommation, tempérance ou abstinence ¹⁰.

En résumé, l'abstinence ne se prescrit pas elle s'expérimente !

Pendant des années, l'abstinence a souvent été proposée comme objectif à atteindre alors qu'elle est essentiellement un moyen thérapeutique comme un autre. On peut même l'envisager comme le moyen ultime de la réduction des risques pour obtenir d'autres bénéfices de vie.

La plupart des personnes voulant suivre une réflexion concernant leur consommation d'alcool souhaitent pouvoir retrouver une consommation contrôlée et revenir ainsi dans la catégorie des personnes à « bas risque », soit le 60% environ des consommateurs habituels.

⁹ Brodeur N., « Le modèle transthéorique du changement », Collection Mémoires et thèses électroniques, Université de Laval, 2006. Disponible sur : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23895/ch02.html>

¹⁰ Gaignard Y. et Kiritze-Topor P., *Alcoologie en pratique quotidienne*, Lipha-Santé, Lyon, 1992.

Une partie de nos bénéficiaires arrivent à s'inscrire durablement dans un programme de consommation contrôlée alors que d'autres sont sujets à une dépendance physiologique qui les amène à vivre des rechutes douloureuses.

Le constat de l'impossibilité de contrôler sa consommation est souvent douloureux pour certains bénéficiaires. Le suivi implique d'accompagner la personne à se préparer à faire une sorte de « deuil » de « l'ami alcool » et envisager l'abstinence. On parle ici en effet du moyen pour obtenir une vie plus harmonieuse et sereine (les Alcooliques anonymes parlent « d'abstinence heureuse »), presque un « art de vivre » au service duquel l'abstinence devient une ascèse.

Plusieurs alcoologues préconisent de plus en plus des programmes de réduction des risques associés à des aides médicamenteuses et un accompagnement thérapeutique. Ces différentes approches sont toutes complémentaires, sachant que le nombre de personnes concernées par une problématique liée à l'alcool en fait un public totalement hétérogène.

Concernant les pronostics sur les résultats des traitements, nous savons que le lien établi lors de l'accompagnement thérapeutique est le facteur le plus déterminant, pour autant qu'il s'inscrive dans une durée nécessaire et suffisante.

6. PROGRAMMES

Dans le cadre d'un accompagnement, et selon les besoins du bénéficiaire, les intervenants du SAT disposent et maîtrisent différents programmes et outils.

6.1 Programme de réduction des risques (RdR)

Ce programme a pour objectif d'évaluer avec le bénéficiaire les risques encourus lors des consommations et de discuter des stratégies pour les limiter.

C'est un programme qui répond bien aux besoins des jeunes adultes qui ne peuvent concevoir ou même imaginer « être dépendants », mais également à toute personne qui ne peut entrevoir pour l'instant un changement de comportement trop important par rapport à l'alcool.

Le travail d'accompagnement autour de la prise de conscience des risques liés aux alcoolisations a souvent comme bénéfices de diminuer les quantités

consommées et les risques encourus (coma éthylique, violence, accidents, sexualité, perte d'emploi). Il est également fréquent d'observer des périodes d'abstinence pendant plusieurs jours et un passage au programme suivant, plus exigeant, celui de la consommation contrôlée.

L'enjeu principal du programme de RdR est de rester en lien autant que possible et souvent sur la durée. La relation de confiance est de ce fait primordiale.

6.2 Programme de consommation contrôlée (Alcochoix)

Le programme Alcochoix¹¹ vise à redonner aux personnes la possibilité d'adopter et de maintenir une consommation contrôlée. C'est-à-dire de pouvoir choisir où, quand, avec qui et quelle quantité d'alcool ils consomment. Ce programme de prévention secondaire utilise trois types d'interventions, le plus souvent de manière combinée : l'intervention motivationnelle, la prévention de la rechute et l'entraînement à l'autocontrôle comportemental.

L'intervention motivationnelle permet aux usagers de ne plus recevoir passivement le traitement et les aide à déterminer leurs objectifs en partenariat avec leur conseiller. Ils sont partie prenante du processus.

Les techniques de prévention de la rechute sont appliquées au maintien d'une consommation modérée qui implique de définir précisément l'objectif de consommation. Celui-ci peut varier d'un usager à l'autre. Pour la plupart, l'objectif de consommation comprend trois principes: la définition d'une limite de consommation journalière, d'une limite de consommation hebdomadaire et la détermination d'un nombre de jour(s) d'abstinence par semaine.

L'entraînement à l'autocontrôle comportemental comprend six éléments que l'on retrouve dans les six phases du programme Alcochoix: l'établissement d'un objectif de traitement spécifique, l'auto-observation de la consommation ou des impulsions à consommer (repérage des principaux déclencheurs internes et externes et des «cercles vicieux»), les stratégies pour réduire ou éviter la consommation, l'autorenforcement, l'identification des situations à risque et la mise en place de stratégies d'adaptation autres que la consommation.

¹¹ Conant D., « Alcochoix, un programme pour consommateurs à problèmes », *Dépendances – La consommation contrôlée d'alcool : enjeux et perspectives*, n° 31, Grea, avril 2007.

La particularité de ce programme, par rapport à celui de la réduction des risques, est qu'il implique des compétences cognitives et une motivation importante de la part du bénéficiaire, car ce programme demande de la discipline dans l'auto-observation et la planification.

Ce programme est intégré en collaboration notamment avec Addiction Suisse et le Groupement romand d'études des addictions (GREA).

6.3 Programme de soutien à l'expérimentation de l'abstinence

Certains bénéficiaires se rendent compte qu'ils n'arrivent pas à gérer leur consommation, qu'ils sont dépendants et que leur santé est en danger.

Pour ces personnes, un sevrage ambulatoire ou hospitalier est indiqué. Même si les rechutes sont fréquentes, le sevrage, en particulier en milieu hospitalier par son effet « contenant », peut être bénéfique. Il participe à la bonne évolution de l'accompagnement thérapeutique, y compris en cas de rechute, car celle-ci fait partie du processus de guérison pour autant qu'elle soit traitée dans le cadre de l'accompagnement.

Suite à un sevrage, le SAT propose un suivi intensif et des techniques usuelles de prévention de la rechute. Cette approche est indispensable pour renforcer la confiance de la personne en sa capacité de rester abstinente.

6.4 Prévention de la rechute

Cet accompagnement spécifique consiste essentiellement à aider la personne à définir des stratégies de protection.

Il s'agit d'insister sur l'importance de ne pas rester seul, de favoriser et renforcer l'apprentissage de savoir prendre soin de soi, de mettre en place de nouvelles habitudes afin de combler le vide laissé par l'absence d'alcool.

Il faut aussi aider la personne à trouver des réponses à d'anciens problèmes (familiaux, professionnels notamment) qui ressurgissent, tout comme gérer les problèmes actuels ; puis entamer le travail d'apprentissage du ressenti et de la gestion des émotions. C'est une phase où le travail en individuel est largement soutenu par le travail en groupe (Alcooliques anonymes et Modèle Minnesota, groupes d'affirmation de soi et de gestion du stress).

C'est également une phase durant laquelle un accompagnement spécifique est prévu pour soutenir la personne dans différentes actions relatives à des aspects très concrets de la vie quotidienne (concrétisation de projets, règlement de problèmes administratifs). Bien que ce soutien aux démarches concrètes se fasse tout au long du processus, nous avons observé que son intensité augmente lorsque la personne s'est éloignée de l'alcool et autres produits psychotropes.

6.5 Interdisciplinarité

L'accompagnement socio-thérapeutique spécialisé en alcoologie du SAT s'appuie également sur l'interdisciplinarité. L'équipe du SAT regroupe des intervenants de différentes professions que nous appelons **intervenants socio-thérapeutes spécialisés en alcoologie (ISSA)**. Ce sont des psychologues, des travailleurs sociaux, des éducateurs et des infirmiers. Leur dénominateur commun est l'utilisation de l'entretien motivationnel d'une part et l'acquisition d'une solide formation en alcoologie d'autre part.

Lorsque cela est nécessaire, les intervenants du SAT orientent vers des services sociaux spécialisés (Centre social régional, Centre social protestant) ou aident directement les bénéficiaires dans des démarches sociales.

La plupart des accompagnements se font en collaboration avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre, installés ou en institution. Ces partenaires constituent l'équipe soignante de première ligne.

En l'absence d'un suivi psychiatrique, les intervenants du SAT aident les bénéficiaires à entreprendre une démarche psychothérapeutique si celle-ci est indiquée.

7. PRESTATIONS DU SAT

Comme décrit ci-dessus, les intervenants du SAT mettent en œuvre différents programmes selon les besoins des bénéficiaires. Toujours selon les besoins de ces derniers, les intervenants adaptent également leur type d'accompagnement. Ce sont donc différents types de prestations qui sont mis en œuvre, selon les besoins et selon qu'elles s'adressent à la personne ou au réseau.

7.1 Prestations à la personne, y compris les proches

7.1.1 Accompagnement standard

Cet accompagnement est constitué par une première phase de bilan alcoologique, suivi d'un travail par objectifs. Ceux-ci sont définis avec la personne concernée en fonction de sa motivation et des changements résultant de son travail sur soi.

La durée de cet accompagnement est variable. Elle dépend des objectifs à atteindre. La fréquence des entretiens peut varier d'une fois par semaine (au maximum) à un entretien par mois. Elle dépend des besoins; les phases intensives alternant avec des phases plus lentes. Au stade de la prévention de la rechute, les entretiens peuvent être plus espacés.

Le suivi standard s'adresse à toute personne ayant un problème avec sa consommation d'alcool. Les trois programmes décrits précédemment (Réduction des risques, Alcochoix, Prévention de la rechute) s'appliquent dans le suivi standard.

7.1.2 Accompagnement de type « case management »

Le *case management* est un modèle d'intervention personnalisée porté par un référent unique visant à assurer l'efficacité, la transparence et le décloisonnement de la prise en charge par une coopération interinstitutionnelle, interprofessionnelle et communautaire étroite. Réservé au suivi de situations particulièrement complexes sélectionnées sur la base de critères prédéfinis, il est mis en œuvre dans de multiples contextes avec des objectifs variés dans les domaines social, sanitaire, de l'emploi et de la formation¹².

Les suivis SAT organisés selon ce modèle sont destinés aux situations complexes. Ces situations ont un profil de sévérité important et les personnes concernées, une motivation très faible. Ces suivis répondent aux besoins des partenaires non spécialisés en alcoologie, tant dans le domaine résidentiel qu'ambulatoire.

.....

¹² Bonvin J.-M., Gobet P., Rossini S. & Tabin J.-P., *Manuel de politique sociale*, Editions EESP, 2015.

Dans ces situations, les intervenants du SAT se déplacent au domicile des personnes concernées ou assurent un suivi en institution comprenant également un soutien aux équipes. Le rôle du *case manager* est central puisqu'il a pour mission de mettre en place un réseau ou de dynamiser et parfois de coordonner le réseau existant.

Dans ces situations complexes, le questionnement sur le projet de vie, la réflexion sur la place dans la société, de même que les problèmes concrets médicaux ou sociaux (budget, travail, logement) sont très souvent présents. Le *case manager* doit donc aider directement la personne dans ses démarches sociales et/ou l'orienter vers des prestations sociales spécialisées en se rendant sur place avec lui.

Ce travail d'accompagnement est poursuivi, mais avec moins d'intensité, lorsque la situation est plus stable. La position de tiers extérieur occupée par le *case manager* lui permet de maintenir une dynamique positive et de soutenir les partenaires engagés auprès de l'utilisateur.

Les accompagnements de type *case management* peuvent être couplés à la prestation d'*Intervision* destinée aux équipes (cf. prestations au réseau).

7.1.3 Accompagnement pour les proches

La problématique de la maladie alcoolique touche largement les proches. C'est souvent lorsque le seuil de souffrance atteint son paroxysme qu'ils font appel à la FVA.

Dans la majorité des situations, il s'agit de mères et de conjointes ; plus rarement de conjoints ou de pères. Les demandes de jeunes adultes qui cherchent des conseils à propos de la consommation d'un proche (parent, ami, frère, etc.) sont également fréquentes.

Les proches d'une personne dépendante peuvent être pris dans une sorte d'engrenage, une répétition d'interactions qui entretient la dépendance de la personne qui boit. L'ensemble des comportements adoptés par l'entourage (famille, amis, parfois même collègues, employés, employeurs, etc.) pour supporter la dépendance de leur proche, s'appelle codépendance. Cette manière d'agir peut épuiser les ressources de l'entourage. Un accompagnement est nécessaire pour permettre au proche de travailler les facteurs qui induisent une

codépendance. Les changements de comportement du/des proche(s) induits par ce travail inciteront la personne dépendante à entreprendre un suivi.

Le programme consiste à offrir un espace de parole aux proches, reconnaître leur souffrance et les inciter à venir rencontrer un professionnel pour entamer un travail de prise de conscience des interactions en jeu. Dans certains cas, de brefs conseils peuvent être fournis par téléphone. La durée de l'intervention auprès des proches peut être assez longue, jusqu'à plusieurs années dans certaines situations.

7.1.4 Accompagnements bifocaux

Lors de situations où la comorbidité psychiatrique est avérée, la nécessité d'un suivi conjoint s'impose.

Les suivis bifocaux sont organisés sur demande de la psychiatrie institutionnelle ou des psychiatres en pratique privée. Les intervenants du SAT peuvent également s'adresser à ces partenaires, une fois la problématique psychiatrique identifiée ou le besoin de psychothérapie établi.

Dans ces situations, le médecin psychiatre est souvent le garant du réseau, il coordonne l'équipe thérapeutique et garantit la sécurité indispensable à l'accompagnement (évaluation du risque suicidaire, organisation des (ré)hospitalisations, liens avec la famille).

Ces suivis consistent en un travail motivationnel centré sur la consommation d'alcool (et parfois d'autres produits psychotropes) et un soutien aux projets de la personne (aspects sociaux, y compris les activités de loisirs). En cas de suivis bifocaux, les rencontres de réseau ont lieu la plupart du temps en institution psychiatrique ou au cabinet du médecin concerné.

7.2 Prestations au réseau

7.2.1 Intervisions

L'*Intervision* est une offre destinée aux partenaires non-spécialisés en addictologie/alcoologie dont le but est de les aider à motiver les personnes qu'ils suivent à accepter une rencontre avec un intervenant socio-thérapeute spécialisé en alcoologie (ci-après ISSA) du secteur SAT.

Lors des *Intervisions*, les situations cliniques sont étudiées dans un premier

temps en l'absence de la personne concernée. Les référents institutionnels présentent leur vision de la situation. Elle est discutée avec les ISSA du SAT qui s'appuient sur les concepts de l'approche motivationnelle. Ces *Intervisions* sont complétées par des entretiens, dans l'institution, avec la personne concernée et en présence de ses référents institutionnels.

Les *Intervisions* favorisent notamment la transition entre le dépistage et l'entrée en soin. Elles permettent aux partenaires non seulement de sortir de situations difficiles, mais aussi de donner un nouveau souffle à des suivis compromis, notamment par des problèmes comportementaux (violences verbales ou physiques, non-respect des règles, etc.). Les rencontres dans l'institution permettent de limiter les entretiens manqués.

Dans le cas des résidentiels (foyers, EMS), cette manière de procéder contribue au maintien des séjours menacés par les troubles du comportement en lien avec la consommation d'alcool (introduction d'alcool dans le lieu de vie, prosélytisme, violences) et permet ainsi d'éviter des renvois ou des hospitalisations de crise ou de décharge.

Force est de constater que dans les institutions résidentielles et ambulatoires où le SAT a proposé cette prestation, la demande d'intervisions augmente de manière exponentielle une fois le processus bien engagé.

L'*Intervision* est un investissement à long terme qui répond à un besoin du réseau et permet de positionner le SAT, notamment dans les régions périphériques du canton où l'offre est moins importante.

7.2.2 Soutien aux entreprises

Les entreprises sont de plus en plus sensibles aux problématiques liées à la consommation d'alcool dans le cadre professionnel (protection de l'employé, prévention des accidents, contrôle des coûts de l'assurance perte de gain). Dans ce contexte, la FVA propose son expérience et accompagne toute société désireuse de mettre en place une charte/convention définissant les règles liées à la consommation d'alcool pendant les heures de bureau (repas, apéritifs).

Nos équipes d'intervenants sociaux spécialisés en alcoologie sont également compétents pour coacher les membres de direction ou de départements du personnel devant faire face à des employés ayant une problématique d'alcool. Enfin, le SAT offre une prestation d'accompagnement aux employés concer-

nés par un problème d'alcool, en lien avec les RH de l'entreprise et les médecins-conseils. Ce travail fait l'objet d'une convention écrite entre la FVA et l'entreprise concernée.

7.2.3 Formations en alcoologie

Le secteur suivi et accompagnement socio-thérapeutique (SAT) de la FVA propose des formations en alcoologie qui s'adressent à tous les partenaires désirant acquérir des connaissances de base et/ou un perfectionnement en alcoologie. Ces modules faits sur mesure vont de la simple introduction de base à une formation complète.

8. EVALUATION ET INDICATION DES BENEFICIAIRES

A. Le Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)¹³

Cette grille permet de scorer très rapidement la gravité de la dépendance liée à la consommation d'alcool.

B. L'Audit¹⁴

Ce questionnaire s'intéresse à la consommation d'alcool sur l'année écoulée. La consommation d'alcool étant estimée selon le nombre de boissons standardisées (10-12 grammes d'alcool par unité).

C. L'Addiction Severity Index (ASI) version française¹⁵

Conçu à Philadelphie en 1979 par A.T. McLellan et ses collaborateurs, ce questionnaire permet de récolter des données sur la gravité de la problématique addictive et d'évaluer le besoin de traitement. En plus de la consommation de substances addictives, ce questionnaire explore les différents domaines concernés pas la consommation de substances, c'est-à-dire la santé physique, la situation professionnelle, les problèmes juridiques, les relations familiales/sociales, le statut psychique. Une comparaison entre la situation au début de la prise en charge et après une période de traitement significative permet d'évaluer les progrès réalisés et d'apprécier l'efficacité des interventions.

¹³ Questionnaire MAST, disponible sur : <http://www.alcoolassistance.net/files/Questionnaire-MAST.pdf>

¹⁴ Questionnaire AUDIT (dépendance à l'alcool), disponible sur : http://www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html

¹⁵ Bergeron J., Landry M., *Addiction Severity Index (ASI) Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) version française de l'ASI*, McLellan, Luborsky, Québec, 1998.

Dans le cadre de la mise en place du DCISA, le SAT étant une institution ambulatoire agréée, l'ensemble des collaborateurs ont été formés à l'ASI (Addiction Severity Index – outil d'indication de référence). Le SAT est dès lors en mesure de prendre part au processus d'évaluation et d'indication, ceci en étroite collaboration avec les centres régionaux (cf. Dir. DCISA¹).

Au vu de la large couverture géographique ainsi que de la longue expertise accumulée par le SAT durant la période EVITA (Évaluation, Indication, Traitement, Accompagnement), celui-ci pourra transmettre ses compétences en alcoologie aux centres d'indication du DCISA et contribuer ainsi à développer une approche globale des addictions.

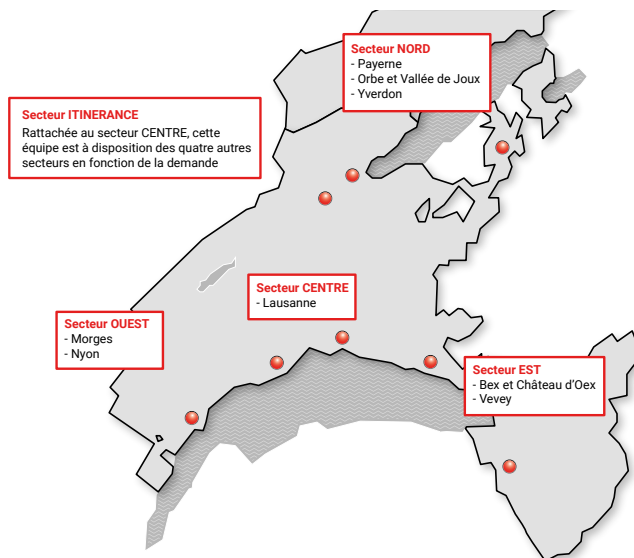
9. MONITORAGE DES PRESTATIONS

Trois critères fondamentaux sont nécessaires pour avoir une bonne capacité de lecture et de compréhension de la file active en ambulatoire. Il s'agit :

- du nombre de personnes accompagnées pour l'équivalent d'un plein temps d'intervenant socio-thérapeute
- de la densité du suivi (nombre d'entretiens par mois)
- et bien sûr de la sévérité et de la complexité des situations.

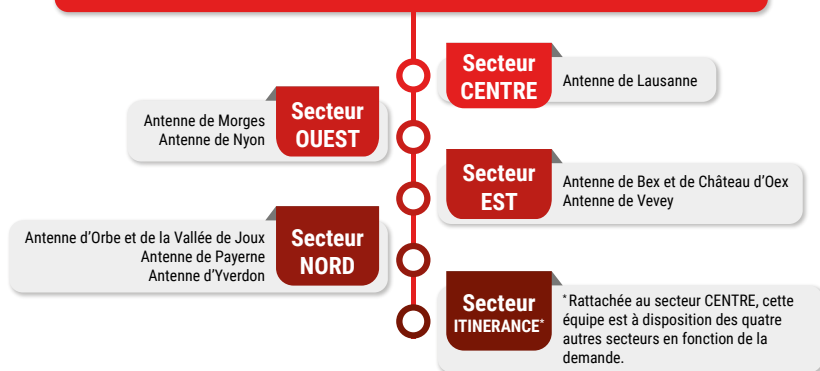
10. ORGANISATION DU SAT

La FVA a son siège à Lausanne, où sont basées la direction et l'administration, ainsi que l'équipe du secteur Prévention. Pour le secteur Suivi et accompagnement socio-thérapeutique, en plus d'une équipe répondant pour le Centre, sept antennes régionales, complétées par une équipe itinérante, couvrent le canton pour être plus proches de nos bénéficiaires et des particularismes locaux.



FVA - Janvier 2017

SECTEUR SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT SOCIO-THÉRAPEUTIQUE (SAT)

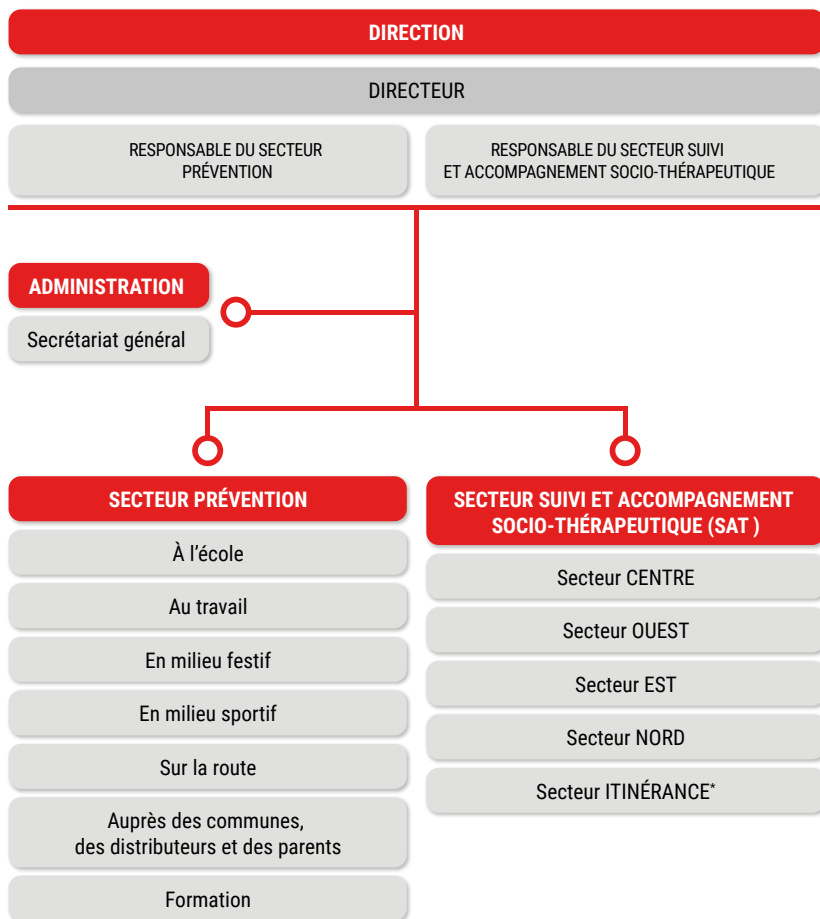


FVA - Janvier 2017

11. ORGANIGRAMME DE LA FVA

L'organigramme ci-après ne montre pas les services sous-traités à un partenaire externe. Ceux-ci sont :

- la finance,
- la gestion du personnel, des salaires et de la santé au travail,
- l'informatique.



*Equipe rattachée au secteur CENTRE à disposition des quatre secteurs en fonction de la demande.
FVA - Janvier 2017

12. BIBLIOGRAPHIE

- Bergeron J., Landry M., *Addiction Severity Index (ASI) Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) version française de l'ASI*, McLellan, Luborsky, Québec, 1998.
- Bonvin J.-M., Gobet P., Rossini S. & Tabin J.-P., *Manuel de politique sociale*, Editions EESP, 2015.
- Brodeur N., « Le modèle transthéorique du changement », Collection Mémoires et thèses électroniques, Université de Laval, 2006. Disponible sur : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23895/ch02.html>
- Conant D., « Alcochoix, un programme pour consommateurs à problèmes », *Dépendances – La consommation contrôlée d'alcool : enjeux et perspectives*, n° 31, Grea, avril 2007.
- Daepfen J.-B., *Vade Mecum d'alcoologie*, Édition Médecine et Hygiène, 2003.
- Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). *Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi en Addictologie (DCISA)*, décembre 2016.
- Falcheri J.-Ph., « Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien », *Revue Médicale Suisse*, 2011, volume 7, pp. 1462-1465.
- Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA), PAct-Alcool 2015-2018. Deuxième axe – information et prévention. Plan opérationnel, Lausanne : Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, 2015.
- Gaignard Y. et Kiritzé-Topor P., *Alcoologie en pratique quotidienne*, Lippa-Santé, Lyon, 1992.
- Gmel G. et al., *Monitoring suisse des addictions : alcool. Rapport annuel – Données 2011*, Berne, 2012.
- Horsfall J., "Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence", *Harv Rev Psychiatry*, 17 (1), 2009, pp. 24-34.
- Lecallier D., Michaud P., « L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique », *Alcoologie et addictologie*, 26(2), 2014, pp.129-134
- Miller W.R. et Rollnick S., *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*, Interéditions, Paris, 2^{ème} édition, 2013.
- Questionnaire MAST, disponible sur : <http://www.alcoolassistance.net/files/Questionnaire-MAST.pdf>
- Questionnaire AUDIT (dépendance à l'alcool), disponible sur : http://www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html
- Rogers C.R., *L'approche centrée sur la personne, anthologie de textes présentés par H. Kirschenbaum et V. Land Henderson*, Editions Randin, 2001.
- Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F., de la Fuente J. R., Grant M., « Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption », *Addiction*, 88(6), 1993, pp. 791-804. Disponible sur : http://www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html

Graphisme : Nectar Design - www.nectardesign.ch
Impression : OLBIS Les Ateliers - www.olbis-les-ateliers.ch

Edition FVA - décembre 2017
Fondation vaudoise contre l'alcoolisme - www.fva.ch
ISBN 978-2-8399-2252-4

Fondation vaudoise contre l'alcoolisme

Av. de Provence 4
CH - 1007 Lausanne
T. +41 21 623 84 84
info@fva.ch - www.fva.ch

