



Province
de Liège

Enseignement



Haute Ecole de la Province de Liège

Haute Ecole Libre Mosane

CATEGORIE SOCIALE

Rue des Croisiers, 15 - 4000 Liège

UNE BOUTEILLE À L'AMER...

Recherche qualitative auprès de personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool concernant l'adéquation de la réponse donnée à leurs besoins d'aide et de soins.

Jérémy NULENS

Siège social HEPL :

Avenue Montesquieu, 6
4101 Jemeppe
Belgique
www.hepl.be

Siège social HELMO :

Mont Saint-Martin, 41
4000 Liège
Belgique
www.helmo.be

Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention
du grade de Master en ingénierie et action sociales

Année académique : 2013 - 2014

Dans ma bouteille à la remerciements...

Ces deux dernières années, j'ai fait un voyage. Découvrir le pays de la théorie. Puis, petit à petit, traverser cet océan de questionnements, de découvertes... Pour enfin... quand l'heure est venue, mettre le pied sur le continent de la pratique, de la remise en question, de la relation à l'autre... Riche de mes bagages, de mon voyage, de mes découvertes...

Mes remerciements s'adressent avant tout à l'E.S.A.S. et la H.E.P.L., pour m'avoir accueilli en ses murs. À la direction, pour son implication dans ce Master. À ces professeurs que j'ai pu croiser, pour leur disponibilité. À ces étudiants que j'ai appris à connaître, pour tous les instants et les réflexions partagés. À toutes les personnes qui sont dans l'ombre, mais sans qui l'âme de l'école ne serait plus la même.

Bien sur, ce mémoire, je le dois aussi plus particulièrement à certaines personnes qui m'ont beaucoup apporté...

Tout d'abord, évidemment, merci à toi « Fred », pour m'avoir ouvert les portes du RéLiA. Sans toi et la confiance que tu m'as accordée, je n'aurais jamais pu vivre ce stage qui fut aussi riche que je l'espérais, bien trop court, comme je le craignais et si prenant que j'en oubliais parfois que ce stage n'était qu'un stage et que bientôt, il toucherait à sa fin.

Merci ensuite aux institutions qui m'ont accueilli. La Clinique-Notre-dame-Des-Anges, Le Centre Hospitalier Régional de Huy et le centre Alpha. Les mouvements d'entraide « Alcooliques Anonymes », « Al Anon » et « Vie libre » ainsi que les professionnels qui m'ont reçu lors de mon exploration pratique et qui se reconnaîtront si ils lisent ces quelques mots.

Merci à mon superviseur de stage, monsieur Maes, pour ses éclairages et son soutien méthodologique qui m'ont aidé à ficeler ce mémoire.

Merci à toi Karelle, à toi Céline, et à toi Fabienne (à vous en résumé,) pour avoir relu ce mémoire et m'avoir rappelé à maintes reprises que mon coup de clavier n'était certainement pas infallible.

Merci à ma famille et à mes proches qui m'ont également soutenu tout au long de cette expérience académique et ce mémoire.

Merci à vous, mes ami(e)s, qui m'avez soutenu lors de la rédaction de ce mémoire, mais aussi tout au long de ces études.

Et de façon générale, merci à vous qui m'avez nourri (intellectuellement) au cours de ces deux années.

À tous, merci

Sommaire

I.	Introduction générale	7
II.	Analyse de la structure formelle de l'organisation	11
A.	Le nom, les coordonnées et le(s) lieu(x) d'implantation de l'institution	12
B.	Cadre Légal	12
C.	L'histoire et l'évolution de l'institution replacée dans son contexte sociologique	13
D.	L'objet social, le but, la finalité, les objectifs poursuivis par l'institution	16
E.	Le statut juridique avec le financement et le subventionnement	19
F.	Le public de l'institution	21
G.	Les diverses ressources matérielles disponibles	21
III.	Phase Exploratoire	22
A.	Introduction	23
B.	Élaboration de la question de départ	24
C.	L'exploration	26
1.	L'exploration pratique – Les entretiens exploratoires	26
2.	L'Exploration théorique	29
D.	Reformulation de la question de départ	30
E.	Conclusion	31
IV.	Partie conceptuelle	32
A.	Introduction	33
B.	Première approche sur l'alcool	34
1.	Introduction	34
2.	Qui sont les personnes dites atteintes d'alcoolisme ?	34
3.	Comment mettre à jour la demande/ les besoins de cette population ? ..	37
4.	Conclusion.....	40

C.	Une théorie des besoins	41
1.	Introduction	41
2.	Une vision holiste ?	41
3.	La hiérarchie des besoins	42
4.	Critiques concernant les théories de Maslow	46
5.	Conclusion	46
D.	Le bien-être	47
1.	Introduction	47
2.	Le bien-être dans les textes	47
3.	Le bien-être, ça se mesure?	48
4.	Les dimensions du bien-être	49
5.	Critique concernant le bien-être	54
6.	Conclusion	55
E.	Conclusion	56
V.	Description de la recherche sociale	57
A.	Introduction	58
B.	Analyse du contenu des entretiens exploratoires	59
C.	Construction d'un éclairage conceptuel	66
1.	Les 10 dimensions du bien-être et les besoins de Maslow	66
2.	Passage de 10 dimensions du bien-être à 4 dimensions du bien-être	67
3.	Les 4 dimensions du bien-être et les 5 besoins de Maslow	68
D.	La problématique	70
E.	La construction du modèle d'analyse	71
1.	Les hypothèses de travail et le modèle	71
2.	Sous-hypothèses générales	71
3.	Sous-hypothèses de travail	72
F.	L'observation	75
1.	La technique de recueil de l'information : l'enquête qualitative	75
2.	Le champ d'analyse, la population & l'échantillon	75
3.	Méthode d'entretien	77
G.	Modalité de passation de l'entretien	78

H.	La construction de l'outil de questionnement : Le plan d'entretien	79
I.	Conclusion	80
VI.	Présentation, analyse et interprétation des résultats en relation avec la question de départ et les hypothèses.....	81
A.	Introduction	82
B.	Présentation de l'échantillon et du travail réalisé sur les entretiens	83
1.	Les personnes rencontrant un problème dans leur consommation d'alcool	83
2.	Les familles des personnes ayant un problème avec leur consommation d'alcool.....	84
3.	Retranscription des entretiens	84
C.	Analyse des réponses par thème	85
1.	Réseau social.....	85
2.	La santé	90
3.	Logement	97
4.	Activités – situation professionnelle.....	99
D.	Comparaison des résultats observés avec les résultats attendus et interprétation des écarts	101
1.	Rappel de la question de départ et de l'hypothèse générale.....	101
2.	Réseau social.....	102
3.	La santé	104
4.	Logement	107
5.	Activités – situation professionnelle.....	109
E.	Conclusion	110
VII.	Conclusion générale	113
VIII.	Bibliographie	115
IX.	Annexes	118

I. Introduction générale

UNE BOUTEILLE À L'AMER...

Le jour s'éteint
Le teint blafard
Un phare s'allume
L'encre se grise

La larme d'une ondine s'écrase
Des cercles apparaissent, troublant toutes pensées
Avec un léger trac il regarde
Les échardes de sa vie se fixer

Au plus profond de l'amer
Il a plongé ses pensées
Au plus profond de l'oubli
Il a sombré cette nuit

Mulens J.

« UNE BOUTEILLE À L'AMER... » est le compte rendu d'une recherche qualitative auprès de personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool concernant l'adéquation de la réponse donnée à leurs besoins d'aide et de soins.

Dans le cadre de ce Master en Ingénierie et Actions Sociales, la possibilité m'a été donnée d'entreprendre une recherche dans le contexte d'un stage. Celui-ci se déroulant sur une période de deux ans, il m'a été possible d'approcher une problématique jusqu'alors peu ou pas connue afin de m'y familiariser.

Cette recherche a été commandée par le RéLiA – le Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en Assuétudes. Ses missions ont pour but de favoriser la qualité des soins et de l'aide ainsi que de favoriser la continuité des prises en charge.

Cette recherche répond particulièrement à une mission du RéLiA qui est d'identifier la demande d'aide et de soins en matière d'assuétudes.

La question de départ de cette recherche est la suivante :

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, vivant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme trouvent-elles une réponse à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes ? »

Pour entreprendre cette recherche, j'étais animé par de multiples motivations. Tout d'abord, la problématique des assuétudes m'a toujours interpellé. J'avais évidemment quelques notions, acquises lors de mes trois années d'études d'assistant social, mais accroître mes connaissances en la matière m'intéressait fortement. Ensuite, le contexte du RéLiA me permettait de découvrir à la fois le métier de coordinateur d'une A.S.B.L., mais aussi d'appréhender la complexité du travail en réseau. Enfin, cette commande spécifique me permettait de développer mes compétences en termes de recherche et de diagnostic et ainsi d'insérer ce mémoire dans le projet de formation de ce Master.

Afin de répondre à la question de départ, des hypothèses ont été formulées. Voici l'hypothèse générale :

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent une réponse incomplète à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes. La réponse donnée afin d'apporter un meilleur bien-être recouvrent seulement en partie leurs besoins concernant leurs relations et leur réseau social, leur état de santé, leurs conditions de logement et leurs activités professionnelles, culturelles, sportives ou autres. »

De cette hypothèse générale découle quatre sous-hypothèses dont voici les énoncés :

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool estiment que les réponses apportées à leurs besoins de (re)créer un réseau social et/ou de l'intégrer au travail thérapeutique sont insuffisantes. »

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool estiment que les réponses apportées à leurs besoins d'aide et de soins sont suffisamment pluridisciplinaires, bien que peu organisées en réseau et avec des intervenants qui connaissent parfois insuffisamment la problématique de l'alcoolisme. »

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent que les réponses apportées à leurs besoins de (re)trouver un logement décent et adapté à leur situation sont insuffisantes. »

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool se sentent délaissées quant à leurs besoins d'être accompagnées et soutenues dans le cadre de leurs activités professionnelles, culturelles, sportives, ou autres, qui leur permettraient

d'être actives dans la société et qui participeraient à l'amélioration de leur estime et de leur sentiment d'utilité sociale et de bien-être. »

Cette recherche se veut une recherche en science sociale. Pour ce faire, elle répond à une méthodologie de la recherche bien spécifique. Les étapes de cette méthodologie seront détaillées chapitre par chapitre.

Voici succinctement le contenu de ce mémoire.

Le premier chapitre présente plus en détail le contexte institutionnel de cette recherche en s'attardant particulièrement sur les éléments directement en lien avec la commande.

Le second chapitre est un exposé de la phase exploratoire de cette recherche.

Celui-ci précède le troisième chapitre, qui s'attarde plus particulièrement aux informations conceptuelles liées à cette recherche. Ces deux chapitres sont intimement liés.

Le quatrième chapitre est la démonstration du développement de l'action. Il comprend la construction de la méthodologie de travail et l'observation. C'est-à-dire le déroulement des entretiens.

Le cinquième chapitre propose une présentation des résultats de la recherche ainsi que leur analyse et leur interprétation, en relation avec la question de départ et les hypothèses.

Le chapitre six est la conclusion qui présente les résultats de cette recherche ainsi que des propositions d'actions en lien.

II. Analyse de la structure formelle de l'organisation

A. Le nom, les coordonnées et le(s) lieu(x) d'implantation de l'institution

a. Nom de l'institution

PFPL (Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise) A.S.B.L. – RéLiA (Réseau Liégeois d'aide et de soins en Assuétudes)

b. Coordonnées et lieux de l'institution

Adresse de l'institution :

P.F.P.L. – RéLiA

Quai des Ardennes n°24

4020 Liège

Numéro de téléphone de l'institution : 04/344.43.86

Adresse courriel : relia@pfpl.be

B. Cadre Légal

Lors de la réception de la commande, le RéLiA reposait sur deux textes légaux.

- 27 novembre 2003 : Décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes
 - ⇒ 3 juin 2004 : Arrêté du Gouvernement wallon portant exécution du décret du 27 novembre 2003
- 30 avril 2009 : Décret relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations
 - ⇒ 27 mai 2010 : Arrêté du Gouvernement wallon portant application du décret du 30 avril 2009

Un commentaire sur ces textes sera apporté dans l'historique de l'organisation qui suit ce point.

Notons que l'arrêté du 4 juillet 2013 du Gouvernement wallon a abrogé tous les arrêtés du gouvernement wallon portant sur l'action sociale et la santé.

Depuis le 1^{er} septembre 2013, le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la Santé est entré en vigueur. « *Ce Code réglementaire rassemble toute la réglementation en matière d'action sociale et de santé en vigueur en Wallonie, suivant la même logique et la même structure que le Code décretaal. Il s'agit également d'une codification dite « à droit constant » : les règles ne changent pas.* »¹

Le code décretaal est « *le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, adopté par l'arrêté du 29 septembre 2011, confirmé par le décret du 1er décembre 2011 et tel que modifié ultérieurement* »²

De ce fait, le cadre légal sur lequel reposait la commande a changé. Un décret devient un code décretaal et un arrêté devient un code réglementaire. Cependant, le contenu des textes reste inchangé. Pour le RéLiA, il s'agit des articles 1850 à 1897 ainsi que de l'article 1527 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la santé.

C. L'histoire et l'évolution de l'institution replacée dans son contexte sociologique

Le RéLiA tel qu'il existe à l'heure actuelle découle d'une série de décrets ainsi que de l'application de cas particuliers permis par ces différents décrets. L'histoire de l'évolution du RéLiA a des répercussions sur l'organisation du travail à y réaliser et donc sur l'objet de mon stage. Je vais détailler un peu plus l'historique de l'organisation en faisant le lien avec ma question de départ.

Tout d'abord, le RéLiA, c'est quoi ? Le RéLiA est un réseau d'aide et de soins spécialisés en assuétudes. Voici la définition du décret :

« **Art. 2.** Pour l'application du présent décret, on entend par:
1° réseau d'aide et de soins en assuétudes: l'association de personnes morales et physiques impliquées dans l'accueil, l'aide psychosociale, le traitement et le suivi ambulatoire et/ou résidentiel des bénéficiaires dans une approche multidisciplinaire; »³

À l'origine, selon le décret du 27 novembre 2003, les réseaux d'aide et de soins en assuétude étaient obligatoirement organisés par les villes de plus de 150.000 habitants de la zone compétente.

¹ Portail Action Sociale et Santé en Wallonie, le code wallon de l'action sociale et de la santé, <http://socialsante.wallonie.be>, page visitée le 31 mai 2014

² Arrêté du 4 Juillet 2013 du Gouvernement wallon portant codification de la législation en matière de santé et d'action sociale, art.1, §5

³ Décret du 27 novembre 2003, relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes, chapitre I, art.2, §1.

« Art. 7. Le réseau d'aide et de soins en assuétudes doit, pour être agréé, répondre aux conditions suivantes:

1° être constitué:

a. dans les zones de soins en assuétudes comptant une ville de plus de cent cinquante mille habitants, par ladite ville au sein de ses services; »⁴

Cependant, dans le décret du 30 avril 2009, abrogeant le décret du 27 novembre 2003, une nuance est apportée au principe de l'organisation.

« Art. 6. §2. Lorsque la zone de soins compte une ville de plus de cent cinquante mille habitants, le réseau est organisé par ladite ville, à moins qu'elle ne décide de déléguer l'organisation du réseau à une association visée au chapitre XII de la loi du 8 juillet 1976 précitée ou à une association sans but lucratif. »⁵

Dans le cas du RêLiA, la zone de soins comprend la ville de Liège. Celle-ci compte plus de cent cinquante mille habitants. Le RêLiA devrait donc être organisé par la ville en question. Cependant, la ville de Liège a jugé plus adéquat de déléguer l'organisation du réseau à la P.F.P.L.⁶ qui est une A.S.B.L.

La P.F.P.L., Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise A.S.B.L., est l'organe de concertation en soins de santé mentale en Province de Liège.

J'ai précédemment et à plusieurs reprises employé le terme « zone ». Je vais à présent l'expliquer.

La zone de compétence est plus précisément nommée dans le décret : « zone de soins en assuétudes ». Voici l'article qui la définit :

« 5° zone de soins en assuétudes: le territoire géographique à l'intérieur duquel le réseau d'aide et de soins en assuétudes exerce ses activités; »⁷

La zone de soins en assuétudes est déterminée dans l'annexe 1 de l'arrêté du 3 juin 2004.⁸

⁴ Décret du 27 novembre 2003, relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes, chapitre III, art.7, § 1^{er}a.

⁵ Décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations, art.6, §2.

⁶ Cette délégation fait l'objet d'une convention intitulée « Convention de partenariat entre la ville de Liège et l'A.S.B.L. Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise ».

⁷ Décret du 27 novembre 2003, relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes, chapitre I, art.2, §5.

Pour le RéLiA, la zone de compétence est la suivante :

« Zone 05 Liège

Ans, Awans, Aywaille, Bassenge, Beyne-Heusay, Blegny, Chaudfontaine, Comblain-au-Pont, Dalhem, Esneux, Flémalle, Fléron, Grâce-Hollogne, Herstal, Juprelle, Liège, Neupré, Oupeye, Saint-Nicolas, Seraing, Soumagne, Sprimont, Trooz, Visé. »⁹

Les communes citées ci-dessus font donc partie de la zone de soins en assuétude que couvre le RéLiA. Ces dernières ne sont pas les seules. En effet, le 5 octobre 2012, une demande d'extension de l'agrément à la zone 4 de l'agrément obtenu pour la zone 5 a été faite. Cette nouvelle zone est celle de Huy-Waremme.

En voici le détail :

« Zone 04 Huy-Waremme

Amay, Anthisnes, Berloz, Braives, Burdinne, Clavier, Crisnée, Donceel, Engis, Faimés, Ferrières, Fexhe-le-Haut-Clocher, Geer, Hamoir, Hannut, Héron, Huy, Lincent, Marchin, Modave, Nandrin, Oreye, Ouffet, Remicourt, Saint-Georges-sur-Meuse, Tinlot, Verlaine, Villers-le-Bouillet, Wanze, Waremme, Wasseiges. »¹⁰

Cet élargissement a été rendu possible par le décret du 30 avril 2009

« Chapitre II. – Des réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

Section première. – L'organisation en zones de soins

Art. 4. §2. Par dérogation au paragraphe 1er, alinéa 2, du présent article, les réseaux implantés dans des zones limitrophes sont autorisés à constituer un seul réseau pour autant qu'ils restent dans les limites territoriales des plateformes de concertation en santé mentale. »¹¹

Les limites territoriales dont il est question sont, dans notre cas, celles de la P.F.P.L. Son territoire s'étend sur celui de la province de Liège (les arrondissements de Liège, Huy, Waremme et Verviers) à l'exception de la communauté germanophone.

⁸ Il s'agit de l'arrêté du Gouvernement wallon du 3 Juin 2004 portant exécution du décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes

⁹ Arrêté du Gouvernement wallon du 3 Juin 2004 portant exécution du décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes, annexe 1

¹⁰ Ibidem

¹¹ Décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations, chapitre II, art. 4 §2

L'information concernant l'extension à la zone 4 est importante, car elle rentre en ligne de compte dans le cadre de mon stage et plus particulièrement dans l'énoncé de la question de départ de la recherche que j'entreprends.

D. L'objet social, le but, la finalité, les objectifs poursuivis par l'institution

Le RéLiA a plusieurs missions précisées par le décret du 30 avril 2009. Voici l'extrait du décret qu'il me faut analyser pour les déterminer :

« Section 2. – Les missions et le fonctionnement

Art. 5. §1^{er}.

Dans le but d'améliorer la qualité des soins et de l'aide et de favoriser la continuité des prises en charge, le réseau a spécifiquement pour missions:

1° l'identification de l'offre existante en collaboration avec les plates-formes de concertation en santé mentale et de la demande d'aide et de soins en matière d'assuétudes dans la zone de soins où il exerce ses activités;

2° la concertation institutionnelle relative à la répartition des tâches et à leur complémentarité afin de développer une offre cohérente d'aide et de soins dans la zone de soins concernée, en ce compris la prise en charge des situations de crise et d'urgence, quelle que soit la nature de l'assuétude;

3° sur les plans institutionnel et méthodologique, l'appui de l'action des services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, ci-après désigné sous le terme de « services », dans le cadre de la collaboration entre eux et les autres membres du réseau, par la conclusion de conventions ou l'élaboration d'outils communs, sur les aspects suivants :

a) l'accueil et l'information des bénéficiaires;

b) l'accompagnement psychosocial;

c) la prise en charge psychothérapeutique et médicale;

d) les soins dont au moins les soins de substitution, les cures de sevrage, la prise en charge résidentielle ou hospitalière;

e) la réduction des risques;

4° la collaboration avec la plate-forme de concertation en santé mentale du territoire dans lequel le réseau est inscrit;

5° l'initiation de l'intervision lorsqu'elle n'est pas encore mise en œuvre au sein de la zone de soins ou son organisation à la demande des membres du réseau.

§2. Le réseau garantit à ses membres le respect du secret professionnel.

§3. Le Gouvernement précise les modalités d'exercice des missions visées au §1»¹²

¹² Décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations, chapitre II, section 2, art. 5, §1

La mission qui dans un premier temps doit attirer l'attention est celle liée à la commande du RéLiA en lien avec l'objet de mon stage. À savoir:

« l'identification (...) de la demande d'aide et de soins en matière d'assuétudes dans la zone de soins où il exerce ses activités »¹³.

C'est précisément sur cette partie que porte la recherche que je dois entreprendre. Nous y reviendrons par la suite.

Concernant les missions de façon plus générale, je ne vais pas m'étendre, car elles n'ont pas de rapport direct avec la recherche. En voici tout de même une analyse partielle:

- ✓ Mission « Identification de l'offre existante en collaboration avec les plates-formes de concertation en santé mentale et de la demande d'aide et de soins en matière d'assuétudes dans la zone de soins où il exerce ses activités »

L'identification de l'offre existante est réalisée de façon permanente. De plus, le RéLiA étant organisé par la P.F.P.L, ce travail se fait en concertation avec celle-ci. Pour ce qui est de l'identification de la demande, c'est la tâche qui m'est confiée, comme je l'ai précisé plus tôt.

- ✓ Mission « concertation institutionnelle relative à la répartition des tâches et à leur complémentarité afin de développer une offre cohérente d'aide et de soins dans la zone de soins concernée, en ce compris la prise en charge des situations de crise et d'urgence, quelle que soit la nature de l'assuétude»

En ce qui concerne la concertation institutionnelle, cet extrait du rapport d'activité en fait un résumé suffisamment éloquent:

« Les acteurs impliqués d'une manière ou d'une autre dans la concertation relative aux assuétudes sur le territoire du RELIA sont nombreux. (...) on y rencontre des représentants d'hôpitaux psychiatriques, d'hôpitaux de jour, de services psychiatriques d'hôpitaux généraux, de services de santé mentale ayant une mission spécifique assuétudes ou non, de conventions inami, de projets pilotes assuétudes soutenus par le SPF Santé publique et par la Wallonie, de services d'aide et de soins à domicile, de services psycho-sociaux, de fédérations de médecins généralistes, de fédérations de maisons médicales, d'associations de pharmaciens, du SISD et bien sûr des services agréés dans le cadre du décret. Il faut souligner que certaines grandes

¹³ Décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations, chapitre II, section 2, art. 5, §1

institutions disposant de plusieurs services dévolus aux assuétudes sont représentées par plusieurs professionnels, en fonction des problématiques envisagées. »¹⁴

La question du développement d'une offre cohérente se pose à tout instant. Elle pourra être confrontée aux résultats de l'analyse de la demande suite à cette recherche.

- ✓ Mission « (sur les plans institutionnels et méthodologiques) appui de l'action des services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, ci-après désignés sous le terme de « services », dans le cadre de la collaboration entre eux et les autres membres du réseau, par la conclusion de conventions ou l'élaboration d'outils communs »

Le RéLiA est à l'origine de trois conventions.

- Une convention de collaboration qui lie le « RéLiA - P.F.P.L. A.S.B.L. » et le « Dispositif liégeois d'échange de seringues ».
 - Une convention avec les institutions de la zone 4 dans le cadre de la demande d'extension à la zone 4 de l'agrément obtenu par la P.F.P.L. pour la zone 5 ;
 - Une convention avec le Réseau Liégeois de réduction des risques en milieu festif qui sera coordonné par le coordinateur du RéLiA.
- ✓ Mission « collaboration avec la plate-forme de concertation en santé mentale du territoire dans lequel le réseau est inscrit. »

Le RéLiA étant organisé par la P.F.P.L., il ne peut que collaborer avec cette dernière. En plus des contacts quotidiens, le coordinateur du RéLiA est invité à toutes les réunions du conseil d'administration de la P.F.P.L.

- ✓ Mission « initiation de l'intervision lorsqu'elle n'est pas encore mise en œuvre au sein de la zone de soins ou son organisation à la demande des membres du réseau. »

Le RéLiA organise une intevision dans le cadre de certains projets.

- ✓ Mission « le réseau veille à l'organisation du recueil des données socio-épidémiologiques concernant les bénéficiaires, en concertation avec ses membres. »

Le RéLiA encourage les structures à organiser le recueil de données au moyen du TDI.¹⁵

¹⁴ Gustin Frédéric, Rapport d'activité du RéLiA de 2012, mars 2013, p.31

¹⁵ TDI (Treatment Demand Indicator) : Enregistrement des demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale ou à l'alcool dans un objectif purement épidémiologique.

E. Le statut juridique avec le financement et le subventionnement

Le pouvoir organisateur est la Plate-forme Psychiatrique Liégeoise A.S.B.L. Elle est située « Quai des Ardennes n° 24 à 4000 Liège ». La proximité est forte avec le RéLiA étant donné que son siège social se situe dans les locaux de la P.F.P.L. il s'agit d'une A.S.B.L.

Il y a deux instances décisionnelles pour le RéLiA :

- Le conseil d'administration de la P.F.P.L., personnalité juridique ayant endossé les obligations liées à l'organisation du réseau (essentiellement le financement et la nomination du président et coordinateur du RéLiA) ;
- Le comité de pilotage du RéLiA

Le coordinateur est invité au conseil d'administration afin de tenir ce dernier au courant de l'évolution du RéLiA.

Être obligé envers deux organes de décision peut engendrer quelques soucis d'organisation. En effet, il est nécessaire que l'information circule bien. De plus, il faut rester attentif aux prérogatives propres à chaque organe. Notons par exemple que le territoire d'action n'est pas le même. Effectivement, le RéLiA reprend le territoire de l'arrondissement de « Liège – Huy – Waremme » et la P.F.P.L. reprend le territoire de l'arrondissement de « Verviers » en plus de ces derniers.

Le Comité de pilotage du RéLiA est composé de 10 représentants de structures publiques et de 18 représentants de structures privées. Il y a également 5 personnes qui n'ont pas de droit de vote, mais qui sont présentes pour leur qualité d'expert.

Voici le détail de la composition de ce comité de pilotage¹⁶ sous forme de tableau.

Institutions du côté public	Institutions du côté privé
1. Centre Hospitalier Régional de Huy, 2. Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, 3. ISoSL « Maison d’Accueil Socio-Sanitaire et CLEAN », 4. ISoSL « Unités hospitalières Assuétudes », 5. Gestion Autonomie Prévention produits psychotropes (GAPpp), 6. La Teignouse (zone 5), 7. STAGH (Service de Traitement des Assuétudes de Grâce-Hollogne), 8. Service de prévention de Seraing, Seraing 5, 9. Service Communal de Prévention de Huy – Huy Clos. 10. Openado	1. Association Interrégionale de Guidance et de Santé A.S.B.L., 2. Association Interrégionale de Guidance et de Santé asbl « Les Lieux-Dits », 3. Association Interrégionale de Guidance et de Santé asbl « Génération assuétudes », 4. Association Pharmaceutique de la Province de Liège, 5. CAP FLY A.S.B.L., 6. Centre ALFA A.S.B.L., 7. Centre Hospitalier Spécialisé « Clinique Notre Dame des Anges » (CNDA), 8. Cercle des médecins généraliste de Huy, 9. Fédération liégeoise des Associations de Médecins Généralistes (FLAMG), 10. Fondation privée TADAM, 11. Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales (IGL), 12. La Teignouse AMO, 13. Maison Médicale Cap Santé, 14. NADJA A.S.B.L., 15. Siajef (Revers asbl), 16. CLIPS 17. SISD de Liège -Huy – Waremme, 18. THAÏS A.S.B.L.
Institutions en qualité d’experts	
1. Ville de Liège, Plan de Prévention ; 2. Ville de Liège, Plan de Cohésion Sociale ; 3. Ville de Waremme, Plan Stratégique de Sécurité et de Prévention ; 4. Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise A.S.B.L. ; 5. Réseau Liégeois d’aide et de Soins en Assuétudes / Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise A.S.B.L.	

¹⁶ Gustin Frédéric, Rapport d’activité 2013 du RéLiA, Mars 2014, p.p. 15-17

F. Le public de l'institution

« 4° bénéficiaire: toute personne concernée directement ou indirectement par les problèmes d'assuétudes; »¹⁷

Il s'agit dans les faits des bénéficiaires des organisations qui sont membres du RéLiA.

G. Les diverses ressources matérielles disponibles

La P.F.P.L. met à la disposition du RéLiA des locaux dans son bâtiment. Cette mise à disposition permet au RéLiA d'avoir :

- d'une part un bureau pour le coordinateur du RéLiA, où il dispose d'un ordinateur et d'espaces de rangement pour les divers classeurs et documents relatifs au RéLiA ;
- et d'autre part, il y a toute l'infrastructure qu'offre la P.F.P.L. En plus des bureaux, il y a une salle de réunion, une cuisine et des sanitaires.

¹⁷ Décret du 27 novembre 2003, relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes, chapitre I, art.2, § 4°

III. Phase Exploratoire

A. Introduction

Ce chapitre présente les débuts de la recherche.

Celle-ci commence par l'élaboration d'une question de départ. Cette question est le fil conducteur qui permet au chercheur « *d'exprimer le plus exactement possible ce qu'il cherche à savoir, à élucider, à mieux comprendre* »¹⁸.

Une fois la question de départ définie, l'exploration peut débuter. Elle est divisée en deux phases qui sont interdépendantes l'une de l'autre. Le chercheur se nourrit de lectures ciblées d'une part, et de rencontres, d'entretiens, d'interviews d'autre part.

Suite à cette phase exploratoire, la question de départ peut enfin être reformulée, riche des connaissances acquises lors des lectures et de l'expérience léguée par les entretiens exploratoires.

¹⁸ Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, p.35

B. Élaboration de la question de départ

Dés mon arrivé au RéLiA, je savais que l'objet de mon mémoire serait une recherche. La commande, comme expliquée dans la partie institutionnelle, est en lien avec l'article suivant :

« *Section 2. – Les missions et le fonctionnement*

Art. 5.

§1^{er} Dans le but d'améliorer la qualité des soins et de l'aide et de favoriser la continuité des prises en charge, le réseau a spécifiquement pour missions:

1° l'identification de l'offre existante en collaboration avec les plates-formes de concertation en santé mentale et de la demande d'aide et de soins en matière d'assuétudes dans la zone de soins où il exerce ses activités; »¹⁹

En basant mes réflexions sur les informations suivantes:

- Zone de compétence : zone 4 (Huy-Waremme) et zone 5 (Liège).
- Objet : identification de la demande d'aide et de soins en matière d'assuétudes.

J'avais déjà une idée de l'intitulé de la question de départ de la recherche. Voici la première ébauche :

« Les personnes, habitant dans la zone 4 ou 5, souffrant d'une ou plusieurs assuétude(s), trouvent-elles une réponse à leur demande d'aide et de soins ? »

Je m'étais déjà fait une construction mentale de la recherche que je devais entreprendre. Elle allait porter sur des personnes souffrant d'assuétudes. J'avais d'ailleurs commencé à me documenter sur les différentes dépendances et les différents produits. Mon référent de stage, le coordinateur du RéLiA, m'avait demandé au préalable si je n'avais pas d'appréhension à mener des entretiens auprès de ce type de public.

J'étais persuadé que ce public serait effectivement celui de ma recherche. Néanmoins, lors de cette première journée, j'allais vite remettre en questions l'étendue du public.

Suite à une discussion que nous avons eue, il fut décidé de restreindre le public de la recherche aux personnes souffrant d'alcoolisme. Ceci pour permettre de faire ressortir une information plus ciblée sur un public. La recherche qualitative s'était déjà démarquée par rapport à la quantitative. L'objectif étant de faire ressortir une information de qualité.

¹⁹ Décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations, chapitre II, section 2, art. 5, §1

Le choix ne s'est pas porté sur l'alcoolisme par hasard. Tout d'abord, l'alcoolisme est l'assuétude dont la prévalence est la plus importante. À titre d'exemple, voici quelques chiffres :

- 10% des Belges de plus de 15 ans consomment de l'alcool quotidiennement²⁰
- Sur l'année 2009, 76% des citoyens européens avaient consommé des boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois²¹. Pour la Belgique, ce pourcentage monte jusqu'à 79%²². 88% de ceux-ci avaient consommé au cours de 30 derniers jours²³

D'expérience, mon référent m'avait fait remarquer qu'il serait préférable de « choisir » cette assuétude plutôt que les autres. Ce public est parfois plus facile à aborder. En effet, les usagers des autres drogues sont déjà énormément approchés. Il est donc plus difficile d'entrer en contact avec ceux-ci car ce public cible est davantage protégé.

En se basant sur ma recherche et ma méthodologie, de futures recherches pourraient éventuellement se porter sur les autres types d'assuétudes.

Suite à cette première journée, une éventuelle question de départ avait été formulée.

« Les personnes souffrant d'alcoolisme, en zone 4 et 5, trouvent-elles une réponse à leur demande d'aide et de soins ? »

Cependant, cette question de départ n'en était qu'au stade d'ébauche. Un fil conducteur pour la recherche qui se devrait par la suite de répondre à certains critères. « *La question de départ doit présenter des qualités de clarté, de faisabilité et de pertinence* »²⁴. Il semblait alors évident qu'elle devrait être reformulée suite à la phase exploratoire de la recherche.

²⁰ Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Institut Scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie, Bruxelles, 2006.

²¹ TNS Opinion & Social, Attitudes des citoyens de l'UE à l'égard de l'alcool, Eurobaromètre Spécial 331, P.8

²² Ibidem, p.12

²³ Ibidem, p.16

²⁴ Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 1995, p.35

C. L'exploration

1. L'exploration pratique – Les entretiens exploratoires

Afin de constituer la problématique de recherche, il est essentiel de mener des entretiens exploratoires. Ces derniers « ...contribuent à découvrir les aspects à prendre en considération et élargissent ou rectifient le champ d'investigation des lectures. Les uns et les autres sont complémentaires et s'enrichissent mutuellement »²⁵.

Cette exploration pratique s'est réalisée auprès de trois types d'interlocuteurs. Les chercheurs spécialisés, les témoins privilégiés et le public concerné par la recherche.

a) Les chercheurs spécialisés

La problématique des assuétudes n'est pas récente. Les études qui portent sur ce sujet sont multiples. La rencontre avec un chercheur spécialisé et expert dans le domaine dont il est question est un soutien important quand une recherche est entamée. Les chercheurs « peuvent (...) nous aider à améliorer notre connaissance du terrain en nous exposant non seulement les résultats de leurs travaux, mais aussi la démarche entreprise, les problèmes rencontrés et les écueils à éviter »²⁶.

Dans cette optique, une rencontre avec Jérôme Boonen, sociologue à la Cellule Recherche Concertation de Charleroi a été organisée. La CRC a pour objectif principal d'améliorer la connaissance du phénomène des assuétudes. Elle effectue pour se faire un travail de recherche à caractère épidémiologique²⁷ ainsi que de la concertation avec différents intervenants du secteur.

Cette rencontre a eu un double impact. Elle a évidemment enrichi mes connaissances au niveau des assuétudes, et surtout, elle m'a permis de prendre conscience de leur étendue. À la vue des recherches menées par le CRC, mis en lien avec leurs moyens, il ne m'était pas possible de mener une recherche du même type. Il me fallait donc faire des choix. Comme je l'ai expliqué plus tôt, il fut décidé de se recentrer sur la dépendance à l'alcool.

²⁵ Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 1995, p.58

²⁶ Ibidem , p. 60

²⁷ **Épidémiologie** : Étude des rapports existant entre les maladies ou tout autre phénomène biologique, et divers facteurs (mode de vie, milieu ambiant ou social, particularités individuelles) susceptibles d'exercer une influence sur leur fréquence, leur distribution, leur évolution. (Robert 2011)

b) Les témoins privilégiés

Les témoins privilégiés sont ces « personnes, qui par leur position, leur action ou leurs responsabilités, ont une bonne connaissance du problème »²⁸.

Dans le cadre de ma recherche, il semblait nécessaire d'avoir le point de vue des professionnels des assuétudes. J'ai donc pris rendez-vous avec des travailleurs ayant plusieurs profils professionnels et travaillant dans des institutions différentes.

J'ai ainsi interviewé des assistantes sociales, des psychologues, une kinésithérapeute de formation (qui animait entre autres des ateliers de discussions sur les boissons non alcoolisées), un médecin généraliste et des psychiatres. Ces professionnels travaillaient dans l'ambulatoire et dans le résidentiel.

J'ai enregistré tous les entretiens afin de les retranscrire par la suite et pouvoir travailler dessus plus efficacement.

Après ces entretiens auprès des professionnels, beaucoup d'informations me revenaient, me donnant l'impression d'une certaine redondance. J'en ai conclu que j'arrivais dans une certaine mesure à ce qu'on appelle la « saturation de l'information ».

De ces entretiens, j'ai sorti une série d'éléments intéressants. L'un d'entre-eux apparaîtra directement dans ma question de départ. Cet élément est la notion de « besoin », mise en lien avec celle de la demande, souvent revenue lors de ces entretiens.

Un autre point qui a également son importance se situe dans la formulation. Parler de la dépendance à l'alcool peut prendre bien des formes, chacune étant connotée différemment. La formulation « les personnes souffrant d'alcoolisme » définit les personnes comme étant des « alcooliques ». La personne définie comme telle se verra attribuer une étiquette souvent connotée négativement. Cette étiquette a tendance à « coller à la peau ». Un peu comme si on pointait du doigt « c'est un alcoolique ». D'ailleurs, une étiquette, en plus de classer les personnes, a tendance à être réductrice. « *L'alcoolisme n'existe pas... En fait, ce qu'on veut dire c'est qu'il y a des personnes qui consomment de l'alcool et parmi ces personnes, il y en a qui ont des problèmes avec leur consommation d'alcool. On préfère parler de cette manière-là parce qu'autrement, on étiquette les gens déjà et on se centre sur l'alcool.* »²⁹

Ainsi, la formulation suivante m'a semblé la plus adaptée de celles que j'ai pu entendre ou lire :

« Personne rencontrant un problème dans sa consommation d'alcool ».

²⁸ Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 1995, p. 60

²⁹ Extrait d'un entretien exploratoire

Tout réside dans la nuance. Aborder quelqu'un qui sait que sa consommation lui pose problème avec cet angle d'attaque permet une entrée en matière plus douce que de catégoriser la personne d'« alcoolique ».

Outre ces points concernant la formulation à proprement parler, ces entretiens ont été riches d'informations concernant le fil conducteur de la recherche. Ces éléments seront présentés plus en détail par la suite.

Ces entretiens ont permis de faire apparaître plusieurs types de suivis : l'hôpital général, l'hôpital psychiatrique et l'ambulatoire. De plus, un suivi non institutionnalisé doit être pris en compte, celui des « Mouvements d'entraide ». Citons les « Alcooliques Anonymes », les « Al Anon » ou encore « Vie Libre ».

S'intéresser à l'ensemble du public fréquentant ces institutions et mouvements d'entraide permettrait donc de faire ressortir des informations différentes et complémentaires, émanant de ce public directement.

Voici à présent une liste de pistes dégagées par ces entretiens :

- Augmentation des demandes dans la thérapie en ligne,
- Manque d'hébergement sur la province (habitation protégée, etc.),
- Manque de travail en réseau, en concertation, manque d'interaction (pour un réseau qui est suffisant ?),
- Connaissance de la problématique de l'alcoolisme par les intervenants insuffisante,
- Pas suffisamment d'accompagnement lors du passage de l'hébergement à l'autonomie,
- Accompagnement à domicile plutôt qu'une hospitalisation,
- Généralistes insuffisamment formés,
- Mesures contraintes à mettre en place pour certains patients.
- Sensibiliser les professionnels à l'importance de la famille (réseau naturel),
- Rencontres avec les familles minimales. Ces familles ont aussi un problème avec la consommation d'alcool du patient,
- Travailler avec la famille permettrait un travail beaucoup plus efficace (travail thérapeutique),
- Manque de collaboration avec les familles,
- Les dispositifs sont variés, car les individus et leurs problèmes sont variés, mais la collaboration est insuffisante,
- Réorganiser les conflits familiaux est parfois nécessaire,
- Accompagnement social, (ré-)insertion du patient à mettre en place,
- Manque de consultation psychiatrique rapide et proche,
- Mettre en place des activités permettant de recréer des liens sociaux (endroit accueillant sans trop de conditions),
- Accès facile aux services répondant aux problèmes rencontrés ; commencer l'aide plus tôt, diagnostiquer le problème d'alcool plus rapidement.

c) *Le public concerné par la recherche*

Concernant le public de la recherche, aucun entretien en tant que tel n'a été mené. Je les ai approchés uniquement lors de groupes de soutien ou de travail. J'y assistais en qualité d'observateur.

La difficulté première pour rencontrer ces personnes en entretien individuel était de présenter un dossier au comité d'éthique des institutions. Je n'ai rencontré le public de ma recherche de façon individuelle qu'une fois ma méthodologie mise au point.

2. *L'Exploration théorique*

Pour aborder le milieu des assuétudes et plus particulièrement de la dépendance à l'alcool, il n'est pas suffisant de se contenter de l'expérience acquise lors des entretiens exploratoires. Se retourner vers la littérature est un impératif afin de prendre connaissance de recherches et de s'informer de manière plus approfondie sur le sujet. La partie conceptuelle de ce travail reprendra l'essentiel de ces lectures.

Durant les entretiens exploratoires, une notion a attiré mon attention, celle du bien-être. Elle n'est cependant pas apparue comme telle. Il était plutôt question de son opposé : « *les gens qui ont des problèmes avec leur consommation d'alcool sont amenés à utiliser l'alcool comme un médicament pour se sentir mieux dans leur peau. En fait c'est ça qui est à travailler avec eux. C'est leur mal-être* »³⁰. Cette notion de bien-être revient souvent, et pas forcément par la petite porte. Prenons par exemple la définition de la santé par l'OMS ;

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »³¹

En plus de cette notion de bien-être, celle de besoin était très présente. Cette dernière, je l'ai creusée avec le psychologue américain Abraham Maslow. Son découpage de la réalité peut être mis en lien avec la notion de bien-être. Je reviendrai sur ce point plus en détail un peu plus loin.

³⁰ Extrait d'un entretien exploratoire

³¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

D. Reformulation de la question de départ

Remarquons avant tout la dynamique dans laquelle se retrouve l'élaboration de la question de départ. Dans ce chapitre, j'ai présenté tout d'abord une question de départ originelle, ensuite une question de départ retravaillée et enfin, ici, je présenterai la question de départ dans sa version finale. Ces trois versions ne sont pas les seules existantes. Tout au cours de la phase exploratoire, cette question de départ a été remaniée, retravaillée, questionnée, améliorée, clarifiée, etc. pour au final arriver à cette dernière version. Le raccourci que je prends ici doit être souligné, car la reformulation de la question de départ est un point très important pour une recherche. Cette reformulation permet à la question de départ de tenir « *compte des enseignements [du] travail exploratoire.* »³²

Voici donc la version finale de cette question de départ :

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, vivant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme trouvent-elles une réponse à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes ? »

Cette question tente d'intégrer le plus d'éléments possibles tout en restant claire, pertinente et faisable.

³² Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 1995 , p.77

E. Conclusion

La partie exploratoire de ce mémoire avait pour objectif de présenter les débuts de la recherche. Cette exploration, suivant le fil de la question de départ, m'a permis d'appréhender le milieu des assuétudes et plus précisément celui de la consommation d'alcool.

Les entretiens exploratoires, quant à eux, m'ont surtout permis d'approcher des professionnels et d'avoir un retour sur leur réalité de terrain. Ajoutées à ces entretiens, mes lectures m'ont permis de me construire un fondement sur lequel construire ma recherche.

Découvrir, renforcer mes connaissances, mettre en lien avec la littérature... tous ces points m'ont aidé à élaborer cette question de départ :

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, vivant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme trouvent-elles une réponse à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes ? »

IV. Partie conceptuelle

A. Introduction

La partie conceptuelle de ce mémoire abordera différents concepts et tentera de les définir ou tout du moins d'en présenter une approche.

La première partie concernera l'alcool, les différents concepts et les définitions qui y sont liés.

La seconde partie sera consacrée à la théorie des besoins de Maslow. Cette théorie est un éclairage possible pour aborder les besoins des personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool. Une critique y sera apportée.

La dernière partie présentera le concept de bien-être. Différentes dimensions seront présentées. Une critique y sera également apportée.

B. Première approche sur l'alcool

1. Introduction

Cette partie a pour objectif de reprendre des informations concernant l'alcoolisme. C'est un peu le minimum vital, le « pack de survie » pour suivre ce mémoire.

Tout d'abord, j'y aborde une série d'éléments permettant d'un peu mieux comprendre l'alcoolisme. Après ces quelques termes et définitions, j'aborde plus particulièrement la question de la demande et des besoins des personnes dites alcooliques.

2. Qui sont les personnes dites atteintes d'alcoolisme ?

a) L'alcoologie

L'alcoologie est le terme général pour tout ce qui touche à l'alcool. Pas seulement la consommation à proprement parler. L'œnologie, etc. font partie de l'alcoologie. Du producteur, au commerçant pour finir au consommateur, tout le monde est dans le cadre de l'alcoologie.

« *Discipline consacrée à tout ce qui a trait dans le monde à l'alcool éthylique* » (FOUQUET)³³, l'alcoologie a donc aussi pour objet « *l'élucidation des rapports entre l'homme et l'alcool* »³⁴

L'alcoologie est une science psycho-médico-sociale. Les sciences biologiques, la psychologie et les sciences sociales sont toutes trois nécessaires à la compréhension de la maladie.

b) L'Alcool et l'alcoolisation

À l'origine avec un sens surtout sacré, l'alcool conserve aujourd'hui sa valeur symbolique : virilité, verre de l'amitié, faire la fête.

L'alcool se diffuse particulièrement bien dans le corps humain, car celui-ci est composé à 70% d'eau.

³³ FOUQUET P., Le roman de l'alcool, Seghers, 1986

³⁴ GAINARD J.Y. & KIRITZE-TOPOR P., L'alcoologie en pratique quotidienne, P 15

Ingéré de manière régulière ou discontinue, l'alcool exerce peu à peu sa toxicité sur l'organisme

Plutôt que de toxicité de l'alcool, on parle plutôt de facteur de risque relatif pour un produit, afin de tenir compte des susceptibilités individuelles au produit.

Le seuil de risque individuel est à 40gr/jour pour l'homme et à 20gr/jour pour la femme.

c) Classification des drogues de Lewin – 1928

Lewin a répertorié cinq groupes de drogues :

- *EUPHORICA : opium, morphine, héroïne, cocaïne, codéine*
- *PHANTASTICA : LSD 25, mescaline, chanvre indien, psilocytoïne...*
- *INEBRIANTIA : Alcool, éther, benzine, chloroforme...*
- *HYPNOTICA : chloral, véronal, barbituriques, benzodiazépines*
- *EXCITANTIA : café, thé, camphre, amphétamines*

« *L'alcool fait bien partie de ces « drogues », c'est-à-dire des substances susceptibles d'induire une dépendance.* »³⁵

L'alcool modifie le fonctionnement psychique du système nerveux central. Il agit comme une drogue sur le consommateur pour la bonne raison qu'il en est une.

d) Définition de la toxicomanie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

L'OMS a défini la toxicomanie comme suit :

« *“État d'intoxication périodique ou chronique engendrée par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique” avec les caractéristiques essentielles suivantes :*

- *un désir invincible et un besoin irrésistible de continuer à consommer de la drogue,*

³⁵ GAINARD J.Y. & KIRITZE-TOPOR P., *L'alcoologie en pratique quotidienne*, P 26

- *une tendance à augmenter la dose (tolérance),*
- *une dépendance psychologique et souvent physiologique à l'égard des effets de la drogue,*
- *des répercussions nuisibles pour l'individu, son entourage et la société en général. »*³⁶

Cette définition, mise en lien avec l'alcoolisme met en évidence différents éléments importants.

La conduite alcoolique de dépendance comprend deux éléments :

- Dépendance : obligation de continuer à consommer ;
- Tolérance : tendance à augmenter les doses.

Les répercussions de cette conduite se font aussi bien sur l'individu que sur ses proches et son environnement

*« L'alcoolisme d'une personne peut également avoir des effets sur les autres. La qualité de vie des membres de la famille peut être dégradée »*³⁷

e) Une question de point de vue

L'alcoolisme n'est pas vu de la même manière en fonction du point de vue, de la personne concernée.

Entre le médecin qui y voit le déclencheur d'une cirrhose, le viticulteur qui le voit comme une marchandise, monsieur tout le monde qui le voit comme support un à la convivialité ou même comme un objet délictuel dans l'ordre social, l'alcool n'a pas le même visage, la même connotation.

Notons également que la formation concernant les dépendances à l'alcool n'est pas toujours suffisante.

« Tout soignant doit être capable de donner un conseil minimal, d'informer sur la notion de risque de la consommation d'alcool ou d'autres produits. La formation des

³⁶ GAINARD J.Y. & KIRITZE-TOPOR P., *L'alcoologie en pratique quotidienne*, P 26

³⁷ Le bien-être pour tous. Concepts et outils de la cohésion sociale, , Tendance de la cohésion social n°20, Edition du Conseil de l'Europe, 2008,, p. 24

infirmières, sages-femmes, médecins, doit être renforcée, ainsi que le personnel des urgences souvent sollicité pour accueillir des patients en difficultés avec l'alcool. »³⁸

3. Comment mettre à jour la demande/ les besoins de cette population ?

a) La non-demande et la demande venant d'un proche

Il convient de distinguer les différents types de demande.

Tout d'abord, il y a la « non-demande ». Durant des années, le consommateur trouve un certain équilibre entre sa consommation et le cours de sa vie. Même ses proches ne voient pas encore vraiment de problèmes « maladiés » dans la consommation. Cette demande n'apparaît que lorsque la personne, dite alcoolique, passe par une crise.

« Pour qu'il y ait une demande, il faudrait alors attendre une crise (somatique, psychique, familiale, sociale, judiciaire, ...) »³⁹

Ensuite, il y a la difficulté à exprimer ou à formuler une demande. Lors d'un entretien, il est important d'être attentif à la demande. Celle-ci peut venir de diverses personnes.

« En générale, la demande du patient se situe par rapport à la crise et non par rapport à l'alcoolisation »⁴⁰

Le patient ne voit pas sa consommation comme étant un problème dans un premier temps. C'est avant tout ce que cette consommation pose comme problème qui le dérange. Il peut être d'ordre familial, professionnel, etc.

Pour les demandes venant de l'entourage, il faut être attentif à leurs attentes. Pour l'entourage, le proche alcoolique doit se soigner afin de sortir de la crise traversée.

« Quoi qu'il en soit, le seul problème exposé est l'alcoolisation de l'autre et l'entourage n'en attend que la confirmation du thérapeute. (...) Ce sera alors une demande d'aide sous forme d'alliance contre le supposé malade. »⁴¹

Ce type de demande se focalise sur le consommateur. La famille ne se met pas au centre de la question. Pour elle, le problème vient du proche et c'est le proche qui doit se

³⁸ A. Schmitt, R. Schwan, P.-M. Llorca, Intérêt des prises en charge coordonnées : l'alcoologie de liaison et les réseaux de santé, Annales Médico Psychologiques 165 (2007)

³⁹ GAINARD J.Y. & KIRITZE-TOPOR P., *L'alcoologie en pratique quotidienne* p. 60

⁴⁰ Ibidem, p. 61

⁴¹ Ibidem, p. 63

soigner. Or, c'est avant tout sur le désarroi de la personne qu'un professionnel doit se focaliser. Certes, le problème de l'alcoolisation du proche n'est pas à prendre à la légère, mais ce n'est pas la bonne porte d'entrée.

Dans tous les cas, il ne convient pas de se focaliser sur la consommation d'alcool, mais bien sur les problèmes qui découlent de cette consommation.

b) Une demande à décortiquer ?

La question mise en avant est : « *Le malade alcoolique ou désigné comme tel se sent-il concerné ?* »⁴²

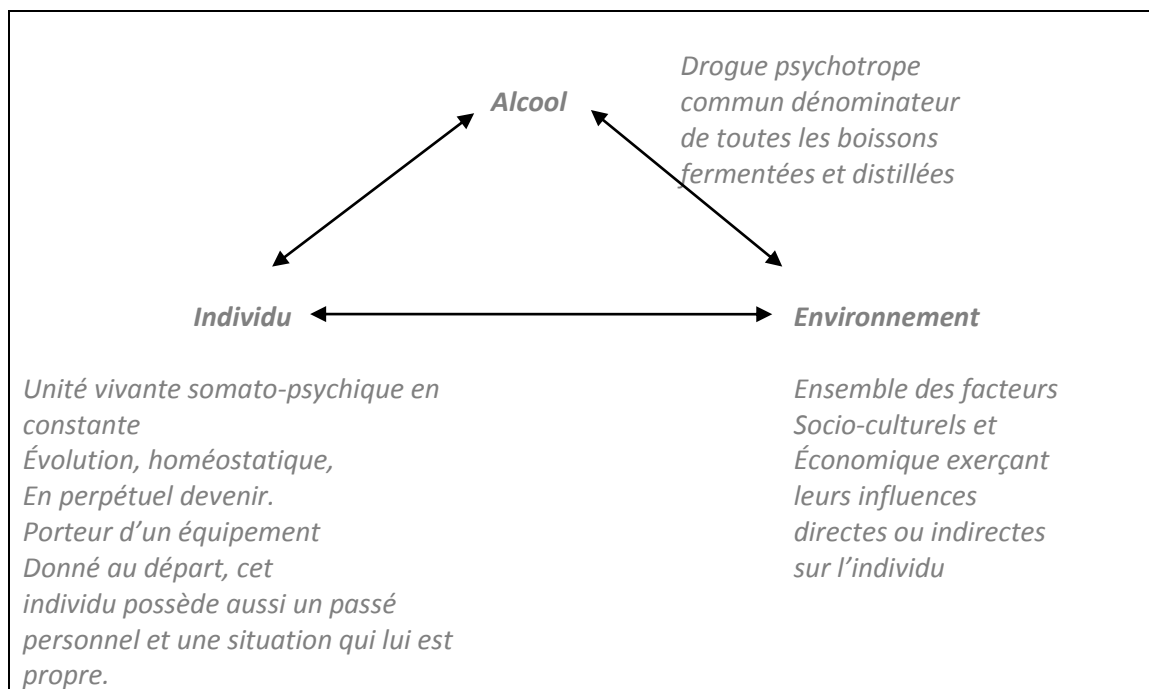
Pour les thérapeutes, l'approche par la consommation enlève toute neutralité, car le médecin risque de tirer sa propre demande en fonction de sa propre représentation du problème de consommation. Il peut relativiser la consommation d'un patient en la comparant avec sa propre consommation par exemple. Il n'est aisé pour personne d'être objectif par rapport à la consommation.

La focalisation du médecin sur le produit risque d'empêcher de futures rencontres. Le simple fait de stopper toute consommation pour le patient (abstinence) couperait court à de futures rencontres et empêcherait ainsi un réel travail thérapeutique.

Il convient au thérapeute de faire un diagnostic de la situation. Nous entrons donc dans un système composé de trois éléments principaux : l'alcool, l'individu, l'environnement.

⁴² GAINARD J.Y. & KIRITZE-TOPOR P., *L'alcoologie en pratique quotidienne*, p. 66

« FOUQUET les a regroupés dans un écosystème plus ou moins équilibré. »⁴³



À noter que ce système n'est pas figé dans le temps et évolue de la même manière que la vie d'une personne évolue.

« Les méfaits sociaux importants que l'on peut relier à l'alcoolisme comprennent les problèmes familiaux et relationnels, les problèmes professionnels, les actes de violence et autres délits et la marginalisation sociale. Le mode de consommation d'alcool d'un individu peut avoir des effets indésirables sur sa propre vie, perturbant ses relations conjugales et sa vie de famille, provoquant la perte d'emploi et le chômage, déclenchant l'accomplissement d'un délit entraînant l'arrestation, ou précipitant l'individu dans la rue ou dans toute autre forme de marginalisation ou de stigmatisation »⁴⁴

De son côté, le malade a aussi son rôle à jouer. Il serait intéressant de se pencher sur la représentation de ce qu'est la norme.

« ... Révéler des représentations collectives des bonnes manières. « Le boire contribue à construire un monde social idéal, intelligible, supportable » en étudiant la façon dont les consommateurs se déclarant normaux, décrivent leur mode de consommation, c'est-à-dire, le bien boire, nous pourrions concevoir de quelle manière s'élabore une certaine idée de la normalité. »⁴⁵

⁴³ GAINARD J.Y. & KIRITZE-TOPOR P., *L'alcoologie en pratique quotidienne*, p. 76

⁴⁴ Organisation mondiale de la Santé, Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool, 2007, p.24

⁴⁵ ANCEL P. & GAUSSOT L., *Alcool et alcoolisme, pratique et représentation*, p. 36

Les personnes dites alcooliques ne se retrouvent pas forcément dans la catégorie alcoolique, car elles ne se retrouvent pas dans l'image qu'ils ont de « l'ivrogne ».

« En fait, ils se réfèrent souvent à ce qu'ils ne veulent pas être (...), c'est-à-dire, des figures et des personnages qui, stéréotypés en contre-exemples (l'ivrogne, le clochard, l'alcoolique, etc.) leurs permettent de définir, valoriser et mesurer leur mode de consommation de l'alcool, et au-delà, leur mode de vie. »⁴⁶

Ces figures de l'excès sont des freins supplémentaires pour mettre à jour la demande.

4. Conclusion

Cette première partie avait pour objectif d'être une entrée en matière. Pour mieux comprendre ce qu'est l'alcool, son impact, ce que cela représente pour le patient, pour le thérapeute, pour la famille.

La question de la demande y est également traitée. Se pose l'interrogation de comment faire ressortir cette demande lors d'entretiens. Cette interrogation sera retraitée par la suite.

Enfin, cet écosystème présenté par Foucquet, reprenant l'alcool, l'individu et l'environnement est également important pour la suite de la recherche. Concernant l'alcool, je viens d'en parler sur ces quelques dernières pages. Le sujet n'est certes pas complètement traité, mais cette partie proposait surtout une (re)découverte de ce qu'est l'alcool et les problèmes qu'il peut engendrer. Concernant l'individu et son environnement, nous allons nous y attarder dans la suite de cette partie conceptuelle.

⁴⁶ ANCEL P. & GAUSSOT L., Alcool et alcoolisme, pratique et représentation, p. 137

C. Une théorie des besoins

1. Introduction

Comme nous l'avons vu, Foucquet parlait d'un écosystème. L'alcool, il en a déjà été question dans la précédente partie. À présent, attardons-nous un peu sur les autres éléments. L'individu et son environnement.

Abraham Maslow, psychologue américain, a publié son ouvrage « Devenir le meilleur de soi-même » en 1956. Il est notamment célèbre pour sa hiérarchisation des besoins humains dans le cadre de ses recherches sur la motivation.

Maslow, dans ce livre, met le doigt sur certains éléments que j'ai trouvés intéressants dans le cadre de cette recherche.

2. Une vision holiste ?

Dans son livre, Maslow fait à maintes reprises référence au holisme. Bien que cela ne soit pas un point central du livre, je vais un peu m'y attarder, car ceci permettra de poser les bases d'une réflexion qui a son importance.

En guise d'introduction pour ce point, il semble important de rappeler qu'appréhender le monde et sa complexité n'est pas chose aisée. La tendance est donc de découper cette réalité en faits observables, quantifiables, évaluables, comparables et tant d'autres mots qui finiront eux aussi certainement en -ables. Cette tendance est innée chez nous, les êtres humains. Kant parle de cadre *à priori* de l'intuition quand il aborde l'esthétique transcendantale⁴⁷. Aucun objet, par exemple, ne peut être appréhendé sans ces catégories *à priori* que sont le *temps* et l'*espace*. De l'*intuition pure* dirait Kant. Pour accéder à une représentation du réel plus poussée, il convient de mobiliser des signifiants symboliques. Cependant, le symbolique ne nous permet « que » d'appréhender le monde.

C'est ici que je voulais arriver en vous parlant de Kant. Capturer le réel dans sa complexité infinie est totalement impossible. Quel que soit l'angle d'attaque, quelle que soit la longueur d'une description, il est inconcevable qu'après une analyse, quiconque puisse dire « J'ai tout dit ».

⁴⁷ DUMOUCHEL D., Kant et la genèse de la subjectivité esthétique, Librairie philosophe J. Vrin, France, 1999, p.263-285

Pour en revenir au holisme, précisons qu'une vision holiste suggère de considérer le sujet dans son entièreté, dans sa globalité. L'appréhender dans toute sa richesse, en prenant en compte son environnement, etc.

Prenons un sujet au « hasard » : une consommation d'alcool problématique. Plusieurs chemins sont possibles pour aborder ce sujet. Il est possible de s'arrêter sur le problème de consommation d'alcool d'un point de vue médical (organes internes empoisonnés, carences alimentaires, etc.) : une tendance à la réduction. Il est également possible d'aborder cette question de la consommation problématique en comprenant « ...chaque sujet comme un individu pris dans sa globalité... »⁴⁸. Tenir compte de l'environnement, du parcours de vie, de la situation actuelle, etc. apporte certains éclairages qui n'apparaissent pas de façon évidente dans une approche réduite.

*« Il a été démontré en effet, par la recherche internationale en réhabilitation psychosociale, que les facteurs sociaux, la qualité du soutien reçu, la présence – ou l'absence – d'un entourage, la réassurance que peut apporter l'accessibilité à des soins urgents et de proximité sont des éléments propres à favoriser la stabilité clinique et un moindre recours aux soins hospitaliers, ou au contraire à induire une déstabilisation qui prendra l'allure d'une symptomatologie bruyante et pourra nécessiter une hospitalisation »*⁴⁹

3. La hiérarchie des besoins

Attardons-nous maintenant sur cette hiérarchie des besoins fondamentaux.

Un besoin assouvi est souvent par la suite oublié. En effet, une fois un besoin satisfait, il nous apparaît souvent comme acquis. Nous oublions donc souvent que rien n'est gagné définitivement. Un accident de parcours peut survenir à tout instant.

Remarquons également que nous vivons dans un état où la sécurité sociale et l'aide sociale sont des appuis importants pour permettre « à tous » de faire face à ces accidents de la vie.

⁴⁸ MASLOW A, Devenir le meilleur de soi-même, Groupe Eyrolles, 2013 , p.321

⁴⁹ Pour une redéfinition des missions de la psychiatrie en partant des besoins globaux des patients, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE VOL. 85, N° 6 - JUIN-JUILLET 2009, p.520

a) Les besoins physiologiques

Les besoins physiologiques⁵⁰ sont les besoins que nous qualifierions de basiques. Manger, boire, dormir, respirer sont autant de besoins directement liés à la notion même de survie.

Pour Maslow, les besoins physiologiques « *sont les plus prédominants de tous les besoins* »⁵¹. Il prend l'exemple de la faim en constatant que « *pour l'homme qui a très faim, et dont la vie est mise en danger par ce manque, seule la nourriture compte* »⁵².

Les besoins physiologiques sont donc les besoins prédominants, car liés à la survie même de l'individu. Il n'est pas inutile de bien insister sur le fait que ces besoins physiologiques, pour qu'ils aient une incidence si importante, que l'attention de l'individu ne se porte que sur l'assouvissement de ceux-ci, doivent présenter une caractéristique importante : celle de la répétition, d'une situation de faim chronique par exemple. C'est en effet seulement dans cette situation assez extrême que l'organisme reléguera au second plan les autres besoins.

Ce type de situation extrême n'est, d'après l'auteur, pas très applicable au citoyen moyen habituel.

*« Le citoyen américain moyen connaît l'appétit plutôt que la faim lorsqu'il dit " J'ai faim" »*⁵³

Je garderai tout de même à l'esprit qu'en Belgique ou même aux États-Unis d'Amérique, si le citoyen moyen n'a que peu de « chance » de se retrouver dans une situation de faim extrême et chronique, il suffit d'allumer son téléviseur pour constater que des gens meurent tout de même de faim ou de froid tous les ans.

b) Les besoins de sécurité

La satisfaction des besoins physiologiques (même dans une moindre mesure) permet de voir émerger la sous-catégorie de besoins que Maslow a nommée « Les besoins de sécurité ».

⁵⁰ MASLOW A, Devenir le meilleur de soi-même, Groupe Eyrolles, 2013, p.57

⁵¹ Ibidem, p.58

⁵² Ibidem

⁵³ Ibidem, p.60

En voici quelques exemples :

« *Sécurité, stabilité, dépendance, protection, libération de la peur, de l'anxiété et du chaos, besoin d'une structure, de l'ordre, de la loi et de limites, sentiment de force parce qu'on a un défenseur, etc.* »⁵⁴

Le besoin de sécurité dans le cadre de notre société est très souvent rencontré par le plus grand nombre. Le système de solidarité (mutuelles, aides sociales, etc.), la police, les lois, etc. sont autant de leviers sur lesquels peuvent s'appuyer les personnes dans le besoin. Seuls des événements forts et chaotiques nous feraient régresser des besoins supérieurs à celui de sécurité. Voilà ce qu'en dit Maslow.

Remarquons tout de même que si ce besoin de sécurité est rencontré par le plus grand nombre, il s'agit de ne pas oublier un autre pan de la population qui ne vit pas dans la sécurité.

c) Les besoins d'appartenance et d'amour

Les besoins d'amour et d'appartenance supposent les actions de « *donner et de recevoir de l'affection* »⁵⁵.

Cette sous-catégorie de besoins n'est pas satisfaite si l'individu ne trouve pas de place dans un groupe social, que ce soit un groupe d'ami, dans sa famille, ou autre.

Remarquons que ce besoin d'appartenance est difficilement travaillable dans une société de plus en plus individualiste, où des mots comme autonomie, responsabilité sont de plus en plus répandus. C'est d'ailleurs dans ce contexte par exemple que le Conseil de l'Europe a lancé sa nouvelle stratégie de « cohésion sociale » depuis quelques années. Les Plans de cohésion sociale sont d'ailleurs présents dans bien des communes en Belgique, témoignant ainsi de la volonté de recréer, entre autres, du « lien social ».

d) Les besoins d'estime

La sous-catégorie suivante, les besoins d'estime, est divisée par Maslow en deux sous-ensembles. La puissance et la performance d'un côté, le désir de reconnaissance, d'attention et d'appréciation de l'autre.

⁵⁴ MASLOW A, Devenir le meilleur de soi-même, Groupe Eyrolles, 2013, p.61

⁵⁵ Ibidem, p.63

« *La satisfaction du besoin d'estime de soi conduit à des sentiments de confiance en soi, de valeur, de force, de compétence, de capacité, et d'être utile et nécessaire dans le monde. Mais la frustration de ces besoins génère des sentiments d'infériorité, de faiblesse et d'impuissance. Ces sentiments entraînent à leur tour soit un découragement soit des tendances compensatoires ou névrotiques* »⁵⁶

e) Les besoins d'accomplissement de soi

Une fois tous les besoins satisfaits, l'être humain vu par Maslow aspire toujours à quelque chose. Ce quelque chose est la tendance à l'accomplissement de soi. Cette tendance peut être définie comme étant « *(...) le désir de devenir de plus en plus ce que l'on est, de devenir tout ce que l'on est capable d'être* »⁵⁷. La caractéristique principale du besoin d'accomplissement de soi est qu'il change totalement d'un individu à l'autre. Les aspirations dépendent, en effet, de ce que chaque personne désire devenir.

Pour Maslow, ceci implique que les sous-catégories précédentes soient satisfaites.

f) La prédominance d'un besoin sur un autre

Il est habituel de se représenter les besoins hiérarchisés sous forme de pyramide. Des exceptions sont cependant présentées.

Un besoin supérieur peut prendre le dessus sur un besoin inférieur quand les besoins inférieurs sont sous-estimés, ou considérés comme acquis. L'individu dans ce cas peut se voir obligé de réévaluer la situation si, après une certaine durée, le besoin inférieur prend une place prédominante.

De plus, le comportement observé ne sera pas forcément en adéquation avec le désir de l'individu. « *Ce que nous avons affirmé, c'est que lorsqu'un individu est frustré de deux besoins, c'est le plus fondamental des deux qu'il a envie de satisfaire. Ce qui n'implique nullement qu'il agira en fonction de ses désirs.* »⁵⁸

⁵⁶ MASLOW A, Devenir le meilleur de soi-même, Groupe Eyrolles, France, 2013, p.67

⁵⁷ Ibidem, p. 66

⁵⁸ Ibidem, p. 73

4. Critiques concernant les théories de Maslow

Maslow est souvent critiqué. Comme pour toutes théories, il y a évidemment beaucoup à dire. Derrière son aspect plutôt pratique, bien des critiques ont été émises.

Tout d'abord, il faut le souligner, cette théorie commence à se vieillir. Datant des années 50, cette théorie n'est certes pas la plus récente.

Ensuite, l'aspect culturel doit être pris en compte, car cette hiérarchie ne colle pas pour tous les individus.

En plus, cette théorie est basée sur la motivation. Il peut donc y avoir une contradiction dans une certaine mesure avec la question de la dépendance.

Avec la hiérarchisation des besoins, il semble impossible de passer à un étage supérieur tant que le besoin inférieur n'est pas comblé. Ça, c'est dans la théorie. Néanmoins, et j'ai déjà abordé ce point plus tôt, il arrive que nous mettions un besoin supérieur en priorité sur un inférieur.

Pour finir, cette théorie présente évidemment des forces assez incontestables. Qui réfléchirait plus d'une seconde entre se retenir de respirer ou manger ? Certains besoins sont bien prioritaires, c'est une question de survie. Cependant, certaines personnes négligeront volontiers des besoins inférieurs pour satisfaire leurs besoins supérieurs. C'est aussi ça être humain. Chacun est unique. Il est donc impossible de créer une théorie un minimum élaboré qui puisse convenir à tous.

5. Conclusion

Avec Abraham Maslow, nous avons abordé la question des besoins. Cependant, les limites de la théorie présentée nous démontrent qu'elle ne peut nous suffire. Dans cette optique, une seconde théorie va être nécessaire afin de mieux percevoir la réalité.

Retenons tout de même certains éléments tels que l'importance d'avoir une vision globale de la personne afin de ne pas la réduire.

Dans la même logique, ne réduisons pas les personnes à une hiérarchie figée des besoins et regardons-la plutôt comme une hiérarchie « dynamisable ».

D. Le bien-être

1. Introduction

Le bien-être me semble être un élément incontournable pour appréhender le sujet de ce mémoire. La notion de bien-être est souvent citée. Cependant, sa définition n'est pas très claire, souvent sujette à des interprétations. Et pour cause, aucune définition ne permet de comprendre l'essence de ces mots. Le bien-être, c'est quoi ? Comment l'évaluer ? Quelles en sont les limites ?

2. Le bien-être dans les textes

a) *Déclaration universelle des droits de l'homme*

Attardons-nous dans un premier temps sur la Déclaration universelle des droits de l'homme. Voici un extrait de l'article 25 :

« Article 25 §1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »⁵⁹

À la lecture de cet extrait, certains éléments apparaissent. Il y est question de droits universels, droits d'alimentation, de logement, de soins médicaux et des services sociaux nécessaires. Ces droits visent à permettre à tous d'avoir un niveau de vie suffisant. Nous pouvons dégager un double objectif : le bien-être et la santé. Les deux sont évidemment liés.

⁵⁹ Déclaration universelle des droits de l'Homme, <http://www.un.org/fr/documents/udhr/#a25>, page visitée le 31 mars 2014

b) Définition de la santé de l'OMS

L'OMS, dans sa définition de la santé, aborde incontestablement la notion de bien-être :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁶⁰

Parler de santé, c'est donc aller au-delà des maladies et des infirmités. La santé vise un état de complet bien-être. Il faudrait donc travailler sur le bien-être physique, mental et social pour permettre à tous d'être en bonne santé.

Le « bien-être », une notion qui revient bien souvent dans de nombreux textes officiels.

3. Le bien-être, ça se mesure?

La volonté de mesurer le bien-être n'est pas nouvelle. Bien que, cela n'a jamais été chose aisée. Au niveau national, le PIB est souvent utilisé pour mesurer le bien-être des citoyens. Néanmoins, il s'avère largement insuffisant dans les faits. Le PIB ne mesure que la valeur des biens et des services produits dans un pays au cours d'une période donnée. La croissance économique ne va pas forcément de pair avec le bien-être des habitants d'un pays. Cet indicateur est imparfait.

Pour définir le bien-être, nous pouvons partir du principe que chacun a sa définition. Le bien-être est avant tout une notion subjective.

«Définir le bien-être pose des problèmes, car cela suppose d'étudier de nombreux aspects de la vie des gens, ainsi que de comprendre leur importance relative. Bien qu'il n'existe pas de définition unique du bien-être, de nombreux experts et simples citoyens dans monde conviendraient normalement que le bien-être passe par la satisfaction de divers besoins humains, dont certains sont essentiels (par exemple, la santé), ainsi que par la possibilité de poursuivre ses propres objectifs, de s'épanouir et d'éprouver de la satisfaction quant à sa vie. »⁶¹

⁶⁰ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

⁶¹ OCDE, COMMENT VA LA VIE ? MESURER LE BIEN-ÊTRE, EDITIONS OCDE, 2011, p. 18

S'attarder au bien-être des personnes implique donc de ne pas avoir une vision réductrice, mais bien de s'intéresser aux différents aspects de leur vie. Remarquons le lien entre les besoins humains et le bien-être fait dans l'extrait précédant.

« Le bien-être est par définition un concept subjectif, seul le sujet lui-même peut le définir. »⁶²

L'utilisation du bien-être comme concept suppose que son questionnement émane directement du sujet. Seules les personnes concernées peuvent définir ce qu'est le bien-être pour elles. Cependant, *« subjectif ne veut pas dire irrationnel. La subjectivité peut être raisonnée. »⁶³*

Objectiver cette notion de bien-être n'est possible qu'en opérant une découpe du bien-être en dimensions.

4. Les dimensions du bien-être

Pour ses études quantitatives, l'OCDE tente de mesurer le bien-être des populations des pays membres en récoltant des informations mesurables. Dans le cas de cette recherche, la mesurabilité des indicateurs ne sera pas du côté du quantifiable, mais bien du côté de l'observable et du comparable afin d'en ressortir des tendances.

En me basant sur la découpe du réel de l'OCDE, je vais à présent décrire les dimensions mises en avant.

a) Revenu et patrimoine

« Le revenu et le patrimoine sont deux composantes essentielles du bien-être individuel. Grâce à leurs revenus, les individus peuvent satisfaire leurs besoins et poursuivre bon nombre d'autres objectifs qu'ils jugent importants pour leurs vies, tandis que le patrimoine leur permet de poursuivre dans la voie choisie. »⁶⁴

⁶² Le bien-être pour tous. Concepts et outils de la cohésion sociale, , Tendance de la cohésion social n°20, Edition du Conseil de l'Europe, 2008, p.49

⁶³ Le bien-être pour tous. Concepts et outils de la cohésion sociale, Tendance de la cohésion social n°20, Edition du Conseil de l'Europe, 2008, p.50

⁶⁴ OCDE, COMMENT VA LA VIE ? MESURER LE BIEN-ÊTRE, EDITIONS OCDE, 2011, p. 39

S'intéresser aux revenus et au patrimoine des personnes est évidemment important pour appréhender leur santé économique. Les ressources économiques permettent souvent un accès à un logement décent, à des soins de santé de qualité, à l'éducation, etc.

« A l'intérieur des pays, les inégalités demeurent élevées dans de nombreux pays, tout comme le nombre de personnes à faible revenu. Cela conduit à penser que les politiques publiques ont un important rôle redistributif à jouer. »⁶⁵

En 2008, sur base des statistiques européennes, le secrétariat de l'OCDE avait calculé qu'un peu moins de 15%⁶⁶ de la population belge avait des difficultés à « joindre les deux bouts ». Presque 10%⁶⁷ déclarent avoir de grandes difficultés à joindre les deux bouts. Ces chiffres représentent 21%⁶⁸ de la population qui en 2008 avait des difficultés (voire de grandes difficultés) à joindre les deux bouts.

b) Emplois et salaire

« Dans le monde entier, les individus aspirent à trouver un emploi correspondant à leurs ambitions et à leurs compétences et offrant une rémunération convenable. »⁶⁹

L'accès à un emploi est souvent synonyme d'intégration, d'estime de soi voire d'accomplissement.

« L'accès à un emploi, et donc à un salaire, est essentiel au bien-être des individus. Non seulement un bon emploi permet de mieux maîtriser ses ressources, mais il donne aussi une chance de réaliser ses propres ambitions, de se perfectionner, de se sentir utile à la société et de renforcer son estime de soi. L'emploi façonne l'identité et facilite les relations sociales. »⁷⁰

L'importance d'un emploi n'est plus à démontrer. C'est un facteur déterminant pour avoir une bonne estime de soi. L'impact se fait souvent ressentir sur les différentes sphères sociales. Alors que, le chômage a des effets très néfastes sur la santé physique et mentale⁷¹

⁶⁵ OCDE, COMMENT VA LA VIE ? MESURER LE BIEN-ÊTRE, EDITIONS OCDE, 2011, p. 58

⁶⁶ Ibidem, p. 51

⁶⁷ Ibidem

⁶⁸ Selon Statbel, http://statbel.fgov.be/fr/binaries/pr145_fr_tcm326-76956.pdf

⁶⁹ OCDE, COMMENT VA LA VIE ? MESURER LE BIEN-ÊTRE, EDITIONS OCDE, 2011, p. 61

⁷⁰ Ibidem, P. 62

⁷¹ Wilson, S.H. et G.M. Walker (1993), « Unemployment and Health: A Review », Public Health, vol. 107, pp. 153-162.

et donc sur le bien-être. Il faut noter, qu'en Belgique, selon Eurostat, 8,5% de la population était au chômage en mars 2014⁷².

c) Conditions de logement

Les conditions de logement prennent une place importante dans le bien-être vécu des individus d'une société.

*« Le logement est un aspect essentiel des conditions de vie matérielles. Il doit à la fois répondre aux besoins fondamentaux, en offrant notamment un abri contre les intempéries, et donner aux individus un sentiment de sécurité et un espace d'intimité. Les conditions de logement jouent également un rôle capital dans la santé des individus et le développement des enfants. Par ailleurs, le coût du logement représente une part importante du budget des ménages et constitue leur principal patrimoine. »*⁷³

Nous pouvons déjà faire des liens avec la théorie de Maslow et les besoins, entre autres, de sécurité. Cependant, les conditions de logement peuvent également affecter les autres dimensions du bien-être. La santé, mais aussi les liens sociaux peuvent être influencés par ces conditions.

S'intéresser au logement semble incontournable lorsqu'il est question des besoins des personnes d'une société.

d) État de santé

*« La santé est l'un des aspects de la vie auquel les individus accordent le plus d'importance, d'autant plus qu'elle a une influence sur la probabilité de décrocher un emploi, de percevoir un revenu convenable et de prendre activement part aux activités sociales perçues comme importantes. »*⁷⁴

La santé est également un point important dans cette recherche. L'état de santé influe directement sur les capacités des individus à jouir de ce que la vie peut leur offrir.

L'état de santé est également influencé par les autres dimensions du bien-être. Revenons sur le logement par exemple qui, s'il ne présente pas de conditions suffisantes,

⁷² Selon Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-02052014-AP/FR/3-02052014-AP-FR.PDF

⁷³ OCDE, COMMENT VA LA VIE ? MESURER LE BIEN-ÊTRE, EDITIONS OCDE, 2011, p. 87

⁷⁴ Ibidem, p.111

peut nuire à l'état de santé (normes sanitaires, etc.). Un emploi précaire ou trop physique peut amener du stress et des charges de travail trop importantes qui nuiront à la santé.

« Dans l'esprit, les réseaux constituent la formule idéale, permettant d'organiser la complémentarité de la prise en charge. Par leur principe d'horizontalité, ils permettent de placer au même degré de responsabilité et de légitimité tous les acteurs. »⁷⁵

e) Équilibre vie professionnelle – vie privée

« La possibilité de concilier vie professionnelle, obligations familiales et vie privée est capitale pour le bien-être de tous les membres de la famille. Elle est aussi importante pour la société en général, au sens où elle permet d'avoir du temps libre pour entretenir les liens sociaux et participer à la vie de la collectivité. »⁷⁶

La question de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée a surtout pour but de découvrir si les personnes ont ou prennent le temps d'avoir une vie sociale et familiale. Le temps disponible n'est pas seulement dépendant à la vie professionnelle. Il est intéressant de s'interroger sur les relations que développent les personnes : Une famille proche ou non, des amis, des connaissances, des activités sportives ou culturelles, des conflits notables, etc.

Il est donc intéressant de se demander si la personne consacre beaucoup d'heures à son travail, à ses loisirs et à ses occupations personnelles

f) Éducation et compétences

« L'éducation et les compétences exercent une réelle influence sur le bien-être des individus. L'éducation ouvre des possibilités considérables (...) Toutefois, de grandes disparités subsistent pour ce qui est de la qualité des résultats de l'enseignement (...) En dépit de la gratuité de l'école dans bien des pays, le niveau d'études et les résultats scolaires sont fortement influencés par le revenu familial et le contexte socioéconomique et le handicap en matière d'éducation s'accumule tout au long de la vie »⁷⁷

La question de l'éducation n'est pas sans importance. Les personnes ayant une meilleure éducation ont plus de probabilités d'être en bonne santé, d'avoir un emploi mieux sécurisé, un meilleur revenu, une meilleure gestion de leur vie...

⁷⁵ Pour une redéfinition des missions de la psychiatrie en partant des besoins globaux des patients, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE VOL. 85, N° 6 - JUIN-JUILLET 2009, p.522

⁷⁶ OCDE, COMMENT VA LA VIE ? MESURER LE BIEN-ÊTRE, EDITIONS OCDE, 2011, p. 133

⁷⁷ Ibidem, 2011, p.157

g) Liens sociaux

« Outre le plaisir intrinsèque procuré par le fait de passer du temps avec les autres, les liens sociaux ont des retombées positives sur le bien-être individuel et collectif. Les personnes qui bénéficient d'un réseau de soutien étendu et solide sont généralement en meilleure santé, vivent plus longtemps et sont plus susceptibles d'occuper un emploi. »⁷⁸

La caractéristique de l'être humain est de rechercher à faire du lien, à se regrouper, à faire société. Fréquence des rencontres, mais aussi la qualité des relations sont importantes pour analyser le lien social.

Dans un rapport du Comité, l'OMS déclarait que *« la mesure et la surveillance des méfaits sociaux de l'alcool constituaient un domaine qui méritait de focaliser l'attention »⁷⁹*

h) Engagement civique et gouvernance

« L'engagement civique permet aux citoyens de se faire entendre et de participer au fonctionnement politique de leur pays. Par ailleurs, lorsque le bon fonctionnement des démocraties est assuré, l'engagement civique façonne les institutions qui régissent la vie des citoyens. Si l'engagement civique et la gouvernance sont essentiels aux démocraties, ils sont aussi très difficiles à mesurer. »⁸⁰

Se questionner sur l'engagement civique et de la gouvernance, c'est regarder de plus près les implications des personnes. Ces implications peuvent être politiques ou civiques (bénévolat, actif dans une association œuvrant pour un meilleur bien commun, etc.)

i) Qualité de l'environnement

« La qualité de vie dépend dans une grande mesure de la salubrité de l'environnement physique. L'impact des polluants présents dans l'environnement, des substances dangereuses et du bruit sur la santé humaine est considérable. L'environnement possède également une valeur intrinsèque : la plupart des personnes attachent de l'importance à la beauté et la salubrité de l'endroit où elles vivent et s'inquiètent de la dégradation de la planète et de l'appauvrissement des ressources naturelles. La préservation des ressources

⁷⁸ OCDE, COMMENT VA LA VIE ? MESURER LE BIEN-ÊTRE, EDITIONS OCDE, 2011, p.185

⁷⁹ Organisation mondiale de la Santé, Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool, 2007, p. 27

⁸⁰ OCDE, COMMENT VA LA VIE ? MESURER LE BIEN-ÊTRE, EDITIONS OCDE, 2011, P. 205

*environnementales et naturelles est également l'une des clés essentielles de la pérennité de notre bien-être. »*⁸¹

Vivre dans un environnement de qualité permet un meilleur bien-être. C'est aussi une question de préoccupation pour l'avenir et les générations futures qui touche de nombreuses personnes. C'est avant tout la dégradation de l'environnement proche qui touche les personnes. Un environnement préservé est source de bien-être mental.

j) Sécurité des personnes

*« La sécurité physique est un aspect essentiel de la qualité de vie. Elle dépend de nombreux facteurs, mais la criminalité est l'un de ceux qui exercent le plus d'influence. Les actes criminels peuvent entraîner la perte de vies humaines ou de biens, la souffrance physique ou des états de stress post-traumatiques, tant à court qu'à long terme. »*⁸²

La peur du crime peut diminuer le bien-être des personnes en diminuant leur sentiment de sécurité physique. Dans un environnement où la guerre, les conflits politiques ou ethniques, le terrorisme, etc. sont présents, un impact sur le bien-être de ces personnes se fait ressentir.

5. Critique concernant le bien-être

Discuter de bien-être, c'est avant tout discuter de quelque chose de subjectif. C'est ce que vivent les personnes qui ressort : leur vécu, leur compréhension du monde, leur culture, leur éducation, leurs habitudes et tant d'éléments qui font que chaque personne est unique et a une vérité qui lui est propre. Une vérité unique.

Cela n'empêche pas de comparer ces vérités les unes aux autres. Accorder du crédit au ressenti semble primordial dans le cadre de cette recherche qualitative. Le tout est de faire ressortir des éléments comparables, mais aussi de rester attentif aux différents biais qui peuvent survenir.

⁸¹ OCDE, COMMENT VA LA VIE ? MESURER LE BIEN-ÊTRE, EDITIONS OCDE, 2011, p. 233

⁸² Ibidem, p. 265

6. Conclusion

Cette partie concernant le bien-être met en avant un élément très important : tout est lié. Une dimension du bien-être qui n'est pas bien vécue a une influence sur les autres. De mauvaises conditions de logement jouent sur la santé mentale et physique. De même, être sans emploi joue sur l'estime de soi. Un emploi qui ne convient pas (mal payé, non adapté aux qualifications, etc.) n'est pas facilitateur de bien-être. Une multitude d'exemples peuvent être pris pour exemplifier l'impact des dimensions du bien-être sur les besoins des personnes.

E. Conclusion

La partie conceptuelle de ce mémoire avait pour objectif d'aborder différents concepts, d'en présenter une approche et de les définir.

La première partie concernant l'alcool a présenté une série de concepts importants à la compréhension de la problématique des assuétudes et plus précisément de celle liée à l'alcool.

La seconde partie, consacrée à la théorie des besoins de Maslow a permis d'aborder les besoins des personnes et d'ainsi faire un lien avec les besoins des personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool.

La dernière partie était consacrée au concept de bien-être. Les différentes dimensions présentées ont permis d'appréhender le bien-être par le biais d'un des découpages possibles. D'autres dimensions existent, cette présentation n'est qu'un des exemples possibles.

Entre l'alcool, le concept de besoins et celui de bien-être, des liens ont été faits. À la lecture de cette partie, un regard possible pour appréhender la réalité semble se dégager.

Par la suite, ils permettront la construction d'un éclairage conceptuel pour cette recherche.

V. Description de la recherche sociale

A. Introduction

À la suite de la phase exploratoire, le chercheur entame un travail qui va se nourrir de ce qui est ressorti de cette phase.

Pour ce faire, cette partie du mémoire abordera tout d'abord une analyse du contenu des entretiens exploratoires.

Ensuite, la construction de l'éclairage conceptuel et de la problématique seront présentées.

Le point suivant concernera la construction du modèle d'analyse et avec elle, la formulation des hypothèses et sous-hypothèses.

Finalement, une présentation de la préparation de l'observation sera développée, présentant la construction de l'échantillon, la rédaction du plan d'entretien et la détermination des modalités de passation des entretiens.

B. Analyse du contenu des entretiens exploratoires

Lors des entretiens exploratoires, les praticiens que j'ai rencontrés m'ont fait part de leurs réflexions, de leurs observations et de leur vécu. En me basant sur ceux-ci, certaines informations semblent ressortir concernant les manques qu'ils ont pu déceler concernant le système d'aide et de soins en matière d'assuétude.

1. Travailler sur/avec l'environnement du patient

La question de l'environnement, du soutien qu'il peut représenter, mais aussi, du poids qu'il peut représenter doit être regardée de plus près. Pour certains professionnels, le travail autour de l'environnement n'est pas suffisant.

« Donc l'environnement a un rôle énorme dans les facteurs de risque. Que ce soit parce que la personne est issue d'une famille où l'alcool est très présent. S'il a autour de lui une personne alcoolodépendante... L'usage du produit est banalisé. Très vite, il est confronté, soumis à la consommation heu... qui lui est proposée, etc. un environnement peu soutenant, peu construit, a aussi une part d'influence sur les risques de développer une alcoolodépendance. Les gens qui sont soumis à un environnement stressant, de manière récurrente et être soumis à des stress importants et fréquents, c'est quelque chose qui peut les fragiliser et constituer également un facteur de risque pour l'alcoolodépendance. »

2. Développer la thérapie en ligne

L'offre de thérapies en ligne concernant l'alcool se développe en Belgique depuis quelques années. Cette offre nouvelle, parfois mal vue par certains praticiens, s'adresse à un public qui serait rebuté à l'idée d'entrer dans une institution.

« Et l'idée est de faire de l'accompagnement en ligne. (..) Mais c'est une autre façon d'offrir des services à des personnes alcooliques qui ne consulteraient pas. Qui ne sont pas à une étape où elles consulteraient. »

3. Manque d'hébergement sur la province

Les praticiens déplorent souvent le manque d'institutions accueillant les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool. Les personnes ne possédant pas les ressources nécessaires pour se prendre en main après une hospitalisation par exemple

n'ont pas facilement accès à un hébergement, à une initiative d'habitation protégée par exemple.

« Mais de nouveau c'est vrai que cette préoccupation pour l'hébergement, elle est liée au fait que les personnes qui arrivent ici à l'hôpital psychiatrique, bien souvent, leur situation est d'une très grande complexité. Notamment dû au fait d'un parcours jalonné de nombreuses ruptures. Et donc, ils ont perdu leur boulot, ils ont perdu leur femme, ils ont perdu leur maison. On se retrouve avec des gens qui sont dans une situation... extrêmement précaire. Et pour lesquelles la question de l'hébergement se pose. »

« Maintenant, quoi qu'il en soit, au sein du réseau il y a un certain manque de dispositif hein, comme on disait tout à l'heure (...). Il n'y a pas d'hébergement voilà. »

4. Manque de travail en réseau

La question du travail en réseau est importante pour bien des praticiens. Un manque de concertation et d'interaction entre les acteurs qui gravitent autour d'une même personne pouvant alors alourdir le suivi thérapeutique mené par les différents intervenants. Le réseau de professionnel autour de la personne est parfois dense, mais le manque d'interaction peut le rendre moins efficace.

« Je repense à cette question des besoins. Ce qui manque aussi, c'est donc un travail en concertation. Hein ? Un travail où le réseau se mobilise ensemble autour d'une situation. »

5. Connaissance de la problématique de l'alcoolisme par les intervenants

La question de la connaissance de la problématique de l'alcoolisme s'est souvent posée lors des entretiens exploratoires. Que ce soient les intervenants sociaux, les agents administratifs et même le corps médical, la formation de base ne semble pas suffisante. Les différents intervenants se forment alors « sur le tas », ce qui peut engendrer des tensions dans les relations avec les patients ou avec les autres intervenants.

« ...même ici à l'hôpital psychiatrique, on a la même difficulté hein. C'est que le personnel n'est pas suffisamment formé pour approcher de manière thérapeutique ces personnes. »

6. Passage de l'hébergement à l'autonomie

Quel que soit le lieu où le patient est hébergé, à un moment ou à un autre, il devra le quitter. Le mieux serait que cela soit en autonomie. Cependant, le retour à l'autonomie, pour beaucoup, demande de la préparation. Il semblerait néanmoins que, si le retour à l'autonomie est souvent abordé lors d'un séjour, des démarches ne sont pas forcément mises en place.

« Maintenant le but c'est toujours ça. C'est d'arriver à l'autonomie et que la personne s'en sorte sans qu'il y ait des professionnels autour d'elles. Maintenant, il ne faut pas se leurrer, il y aura toujours des personnes qui auront besoin qu'il y ait des professionnels autour d'elles. Et à choisir, il vaut mieux un encadrement en ambulatoire qu'un encadrement à l'hôpital quoi hein. »

« Et puis il y a des gens qui sont plus fragiles que d'autres et qui ont besoin d'un service plus intensif que d'autres. »

« Je pense que s'il y avait des services d'accompagnement plus intensif, je veux dire, on pourrait s'assurer que la personne prend bien ses médicaments comme elle doit les prendre. Voilà, ce n'est pas le médecin qui doit tout faire. Mais c'est vrai qu'il faudrait des services qui soient capables finalement de compléter le médecin dans son travail. »

7. Accompagnement à domicile

L'accompagnement à domicile en partie en lien avec la transition hébergement/domicile semble manquer pour bon nombre de praticiens. Certains accompagnements existent déjà. Cependant, ils ne sont pas forcément adaptés à un suivi plus thérapeutique (aides familiales insuffisamment formées) ou de proximité (généraliste ayant besoin d'un soutien d'un service).

« Je trouve vraiment qu'il manque des services d'accompagnement au domicile. Je pense que certaines personnes, plutôt que de se voir hospitaliser pourraient se sevrer à domicile. »

« La question des aides familiales qui a été mise en place. Il me semble qu'il faudrait autre chose... »

8. Généralistes insuffisamment formés

La place du généraliste dans le suivi thérapeutique n'est certainement pas à remettre en question. Il semble pour beaucoup être un élément important dans le suivi des patients. Si son importance est mise en avant, les moyens dont il dispose pour être au niveau des attentes des autres professionnels de la santé ne semblent pas correspondre.

« Je pense entre autres à des médecins généralistes qui sont quand même des intervenants centraux dans les prises en charge d'alcooliques [mais qui ne sont] pas suffisamment formés (...) au niveau psychologique. »

« Ils n'ont pas l'habitude de prendre en charge des patients de manière pluridisciplinaires. Or ce sont des patients qui ont des problématiques complexes et multifactorielles pour lesquelles il faut une intervention pluridisciplinaire. »

« La formation et l'implication des médecins généralistes qui sont souvent démunis, débordés, peu formés. Et qui devraient, je trouve, pouvoir être un peu les coordinateurs d'une prise en charge globale. Et accompagner le projet en amont et en aval du sevrage. »

9. La possibilité de prendre une mesure contrainte

La question de la mesure contrainte semble tirailler certains praticiens. Cette question tourne autour de la protection du malade, mais aussi des personnes qui l'entourent.

« Le nombre de fois où on a eu des gens qui se mettaient vraiment en grand danger avec leur consommation d'alcool et où, clairement, quand on fait une demande de mise en observation, on sait qu'elle sera refusée par le tribunal. On considère que la consommation d'alcool ne justifie pas de mesure contrainte. »

10. Professionnels sensibilisés à l'importance de la famille

La famille peut représenter un appui pour soutenir une personne ayant une consommation d'alcool qui leur pose problème. Travailler avec elle peut être un plus pour aider le patient. Pour ce faire, il serait parfois nécessaire de s'intéresser aux proches et aux conflits qui peuvent exister afin d'entamer un travail avec le patient et ses proches.

« ...de faire ressortir le réseau naturel de la personne qui existait ou qui existe toujours. Et donc par rapport à la famille, il faut aussi que les professionnels soient aussi plus sensibilisés à l'importance de la famille. »

« Donc une fois que l'alcool est enlevé, ben il reste des conflits familiaux à réorganiser. Une place à reprendre dans son couple, une place à reprendre dans sa famille, le boulot, etc. »

11. Rencontres avec les besoins des familles minimales

La famille aussi est en souffrance. C'est ici la question des personnes rencontrant un problème avec la consommation d'alcool d'un proche. Que ce soit les enfants, les parents, les proches, le conjoint ou qui que ce soit d'autre, la consommation d'alcool d'un proche peut apporter de la souffrance à tous.

« ...mais les familles de ces personnes qui consomment de l'alcool, elles ont, je ne sais pas si vous l'avez bien entendu, elles ont un problème avec la consommation d'alcool de leur proche. Elles même elles ont un problème d'alcool quelque part. »

« L'alcoolisation d'une famille a des conséquences aussi sur les enfants. C'est important aussi pour les enfants, que leur souffrance qui est vécue, qu'ils puissent en faire quelque chose quoi. Traiter ou aider par rapport à ça. »

« Je trouve qu'il manque, en tout cas sur mon territoire, des aides réels pour des enfants de personnes alcooliques. Des prises en charge psychosociales je vais dire. Ce sont des enfants qui vivent des choses difficiles. En tant que négligence, pas de maltraitance. »

12. Manque de collaboration avec les familles

Les familles peuvent être un soutien, mais qu'en est-il de l'image que les professionnels ont d'elles. Les familles sont-elles entendues, sont-elles informées et soutenues ?

« Les familles ne sont pas toujours bien reçues par les professionnels qui eux même ne sont pas outillés pour faire face à des familles qui sont en grande difficulté, qui veulent collaborer, mais qui veulent alors être trop ou trop peu présentes, ou mal présentes. »

« C'est souvent l'entourage qui va faire ressortir le problème. Ou alors ça va être des problèmes au boulot. »

« Les demandes des familles ne sont vraiment pas entendues par les hôpitaux. « qu'il téléphone lui-même s'il veut être hospitalisé ! » »

13. Dispositifs variés VS individus variés

Pour les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, il est clair que sur le papier, elles ont le choix. Quand est-il sur le terrain ? Les patients ne connaissent souvent que les institutions qu'ils fréquentent, mais chaque personne a un vécu spécifique qui parfois nécessiterait un suivi plus adapté. La variété des dispositifs est évidemment impressionnante. Malheureusement, les patients ne se retrouvent pas forcément toujours au bon endroit ou au bon moment de leur « parcours thérapeutique ».

« Au niveau des besoins sur la province, c'est d'être bien conscient qu'il n'y a aucun dispositif qui peut répondre en soi à l'ensemble des problèmes de consommation d'alcool. Mais que bien sûr, c'est intéressant d'avoir des dispositifs variés. Pour que chacun puisse y trouver celui qui lui convient le mieux. »

« Je crois que le réseau est suffisant, mais la manière dont il s'organise heu... Les interactions au niveau du réseau sont insuffisantes on va dire. »

14. Accompagnement social (insertion)

L'accompagnement social pluridisciplinaire, s'il existe, semble insuffisant pour certains professionnels de la santé. Comme toujours, il existe des institutions, mais l'offre de service et la période d'attente peuvent parfois ne pas correspondre avec la réalité.

« En externe, justement, les pôles de prise en charge psychosociaux où on travail à la fois la psychologie, le relationnel, l'alcoologie à proprement parler, et où en même temps... ça existe hein ! Mais je pense qu'au niveau, en termes de volume d'offre, ce n'est pas suffisant. »

15. Manque de consultation psychiatrique rapide et proche

« Maintenant je pense qu'il y a un gros manque aussi de consultation psychiatrique rapide et proche de la personne. »

16. Possibilité de recréer des liens sociaux (endroit accueillant sans trop de conditions)

La question du lien social est souvent mise en avant. Pour recréer du lien, certains professionnels préconisent de faire des activités informelles telles que le sport les sorties culturelles. Des lieux où les personnes pourront rencontrer d'autres personnes. La question se pose tout de même pour les personnes qui sont toujours consommatrices et qui ne seront pas forcément acceptées. De même, l'accessibilité des services n'est pas toujours aisée pour tout le monde.

« Il manque d'activités plus informelles aussi (...)Et donc des possibilités de créer des liens sociaux. Fréquenter des endroits où on va les accueillir sans trop de conditions quoi. Je pense que ça manque. »

17. Déceler le besoin d'aide plus tôt

La difficulté de déceler une consommation d'alcool qui pose problème « plus tôt » semble assez présente. À cette difficulté, il est également utile d'ajouter que les personnes dans le déni même si elles sont diagnostiquées risquent de ne pas être réceptives à l'aide proposée.

« Et donc, la situation se dégrade pas mal. Et donc, ce serait sûr que ce serait bien qu'on puisse intervenir beaucoup plus tôt. Mais ça, c'est un manque de formation. »

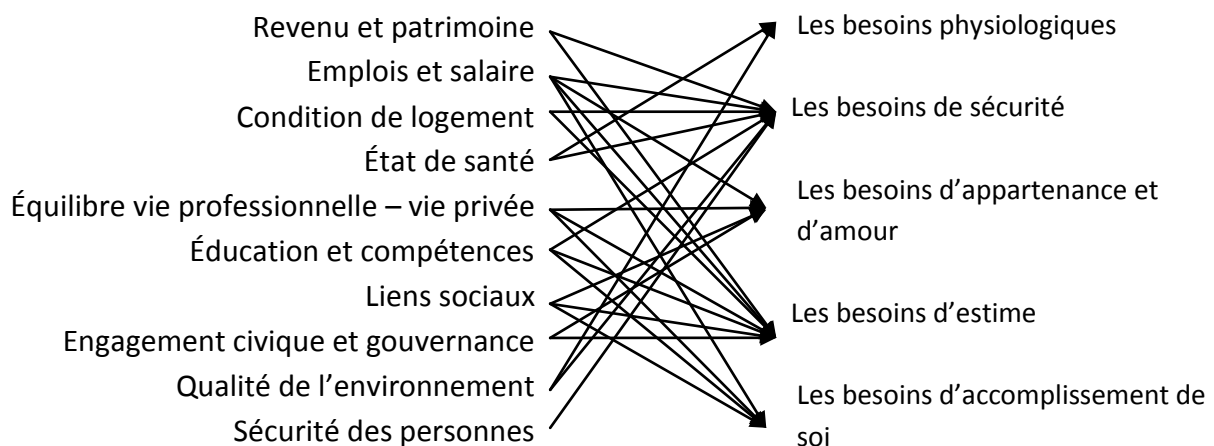
« Au niveau de l'accueil des premières demandes, je crois un gros travail à faire pour que ces personnes là n'en arrivent pas à des états de complexité comme ceux dans lequel ils arrivent ici à l'hôpital psychiatrique. »

C. Construction d'un éclairage conceptuel

Les entretiens exploratoires ont fait ressortir une certaine quantité d'informations sur les besoins des patients que les professionnels de la santé estiment comme n'étant pas (entièrement) rencontrés. Afin d'expliquer ces besoins, un éclairage conceptuel est méthodologiquement nécessaire. L'exploration théorique m'a amené à me pencher sur la « pyramide des besoins » de Maslow ainsi que sur les dimensions du bien-être.

Ces deux approches vont me permettre de créer une grille de lecture. Pour obtenir cette grille de lecture, je vais retravailler conjointement ces deux concepts.

1. Les 10 dimensions du bien-être et les besoins de Maslow



En regardant de plus près les deux théories, il est possible de faire des liens entre les dimensions du bien-être et les 5 niveaux de besoins proposés par Maslow.

« **Revenu et patrimoine** » correspond aux besoins de sécurité et d'estime.

« **Emplois et salaire** » correspond aux besoins de sécurité, d'appartenance et d'amour, d'estime et d'accomplissement de soi.

« **Condition de logement** » correspond aux besoins de sécurité et d'estime.

« **État de santé** » correspond aux besoins physiologiques et de sécurité.

« **Équilibre vie professionnelle – vie privée** » correspond aux besoins d'appartenance et d'amour, d'estime et d'accomplissement de soi.

« **Éducation et compétences** » correspond aux besoins de sécurité, d'estime et d'accomplissement de soi.

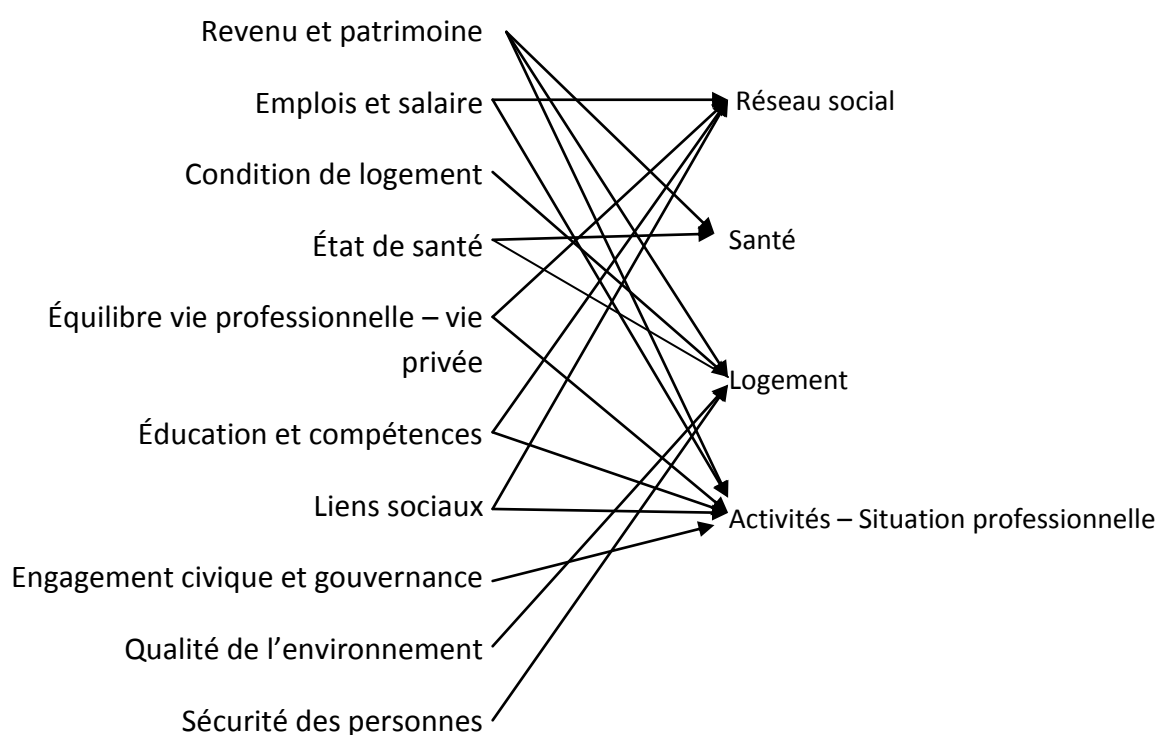
« **Liens sociaux** » correspond aux besoins d'appartenance et d'amour, d'estime et d'accomplissement de soi.

« **Engagement civique et gouvernance** » correspond aux besoins d'appartenance et d'amour et d'estime.

« **Qualité de l'environnement** » correspond aux besoins physiologiques et de sécurité.

« **Sécurité des personnes** » correspond aux besoins de sécurité.

2. Passage de 10 dimensions du bien-être à 4 dimensions du bien-être



Afin d'éclaircir les dimensions travaillées, j'ai regroupé les 10 dimensions présentées dans la partie théorique de la phase exploratoire en 4 dimensions. Ces 4 dimensions sont donc à présent à comprendre de manière plus générale. En effet, chacune des 4 dimensions correspond à plusieurs parties des 10 dimensions. C'est 4 dimensions sont le résultat d'une réflexion partant des éléments ressortant des entretiens exploratoires en lien avec les 10 dimensions du bien-être.

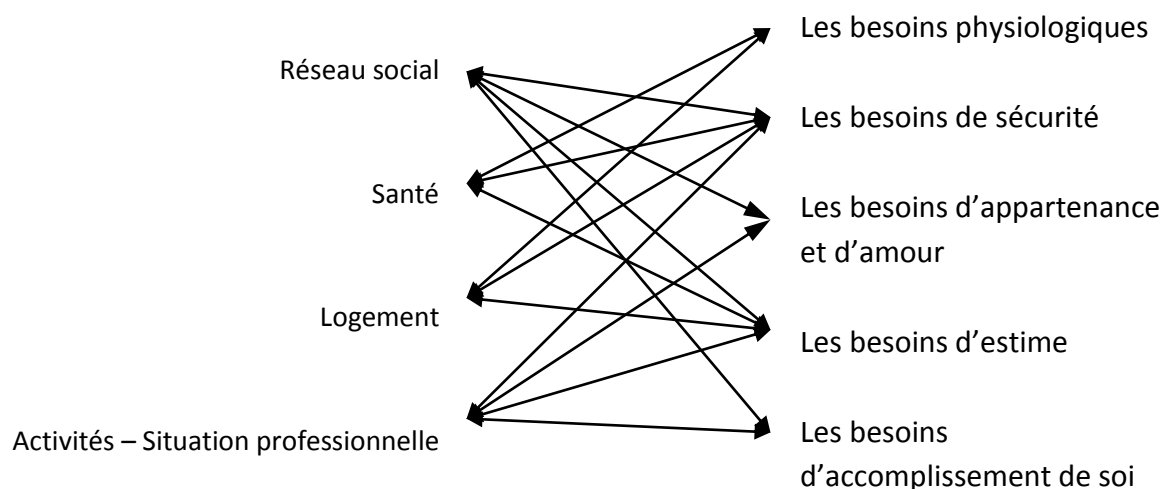
La dimension « **Réseau social** » correspond aux dimensions « Emplois et salaire », « Équilibre vie professionnelle – vie privée », « Éducation et compétence » et « Liens sociaux ».

La dimension « **Santé** » correspond aux dimensions « Revenus et patrimoine » et « État de santé ».

La dimension « **Logement** » correspond aux dimensions « Revenus et patrimoine », « Conditions de logement », « État de santé », « Qualité de l'environnement » et « Sécurité des personnes ».

La dimension « **Activités – Situation professionnelle** » correspond aux dimensions « Revenus et patrimoine », « Emplois et salaire », « Équilibre vie professionnelle – vie privée », « Éducation et compétence », « Liens sociaux » et « Engagement civique et gouvernance ».

3. Les 4 dimensions du bien-être et les 5 besoins de Maslow



Les 4 dimensions du bien-être dégagées sont en lien direct avec les 5 niveaux de besoins de Maslow. Le raisonnement est le suivant :

Comme la dimension « **Réseau social** » correspond aux dimensions « Emplois et salaire », « Équilibre vie professionnelle – vie privée », « Éducation et compétence » et « Liens sociaux »,

et que « Emplois et salaire » correspond aux besoins de **sécurité**, **d'appartenance** et d'amour, **d'estime** et **d'accomplissement** de soi, que « Équilibre

vie professionnelle – vie privée » correspond aux besoins **d'appartenance** et d'amour, **d'estime** et **d'accomplissement** de soi, que « Éducation et compétences » correspond aux besoins de **sécurité**, **d'estime** et **d'accomplissement** de soi et que « Liens sociaux » correspond aux besoins **d'appartenance** et d'amour, **d'estime** et **d'accomplissement** de soi,

alors, la dimension « Réseau social » correspond aux besoins de **sécurité**, **d'appartenance** et d'amour, **d'estime** et **d'accomplissement** de soi.

De la même manière, les dimensions « Santé » et « Logement », correspondent aux besoins physiologiques, de sécurité et d'estime.

Et enfin, la dimension « Activités – Situation professionnelles » correspond aux besoins de sécurité, d'appartenance et d'amour, d'estime et d'accomplissement de soi.

Remarquons que l'utilisation des 10 dimensions ou des 4 dimensions du bien-être ouvre toujours sur plusieurs besoins de la pyramide de Maslow. Cela démontre qu'agir sur une dimension du bien-être agit également sur plusieurs niveaux des besoins de Maslow.

D. La problématique

À la suite de la phase exploratoire, les informations doivent murir. Une prise de recul et une réflexion permettent d'entamer le travail de précision des orientations de la recherche. Il est maintenant question de définir la problématique.

Celle-ci peut être définie comme étant « *l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ. Elle est l'angle sous lequel les phénomènes vont être étudiés, la manière dont on va les interroger* »⁸³.

Pour s'inscrire dans la continuité de l'exploration, la problématique doit se construire sur les entretiens exploratoires ainsi que sur les lectures.

« *Expliquer un phénomène social consiste en fait à le mettre en relation avec autre chose. (...) expliquer un phénomène consiste à établir un lien entre ce phénomène et autre chose* »⁸⁴, ceci dans le but de « *tirer un phénomène hors de son immédiateté et de l'isolement qu'elle implique* ».⁸⁵

Le contenu des entretiens exploratoires a permis de recueillir une série de manques que les professionnels des assuétudes avaient décelés. Les questions du logement, des soins de santé en général, des différents liens sociaux et des activités (professionnelles ou non) semblent bien résumer les problèmes non rencontrés par les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool.

La problématique est celle des besoins. La théorie des besoins de Maslow permet d'éclairer ce concept. Le regard croisé entre cette théorie et des dimensions du bien-être permet de construire une échelle des différentes dimensions du bien-être pertinente afin de circonscrire les demandes d'aide et de soins.

La théorie des besoins de Maslow et les dimensions du bien-être me permettent d'appréhender les besoins, exprimés en termes de bien-être, qui sont rencontrés ou non chez les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool.

⁸³ Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 1995, p.81

⁸⁴ Ibidem , p.90

⁸⁵ J. Ladrière, « La causalité dans les sciences de la nature et dans les sciences humaines », in R. Franck (dir.), faut-il chercher aux causes des raisons ? L'explication causale dans les sciences humaines, Paris, Institut interdisciplinaire d'études épistémologiques, 1994, p.248-274

E. La construction du modèle d'analyse

1. Les hypothèses de travail et le modèle

Les dimensions du bien-être mises en lien avec la théorie des besoins de Maslow permettent de déterminer les besoins d'aide et de soin en matière d'assuétudes non comblés pour les personnes rencontrant un problème dans leur consommation d'alcool.

L'accent doit être mis sur les besoins concernant le réseau social, la santé, le logement et les activités.

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent une réponse incomplète à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes. La réponse donnée afin d'apporter un meilleur bien-être recouvre seulement en partie leurs besoins concernant leurs relations et leur réseau social, leur état de santé, leurs conditions de logement et leurs activités professionnelles, culturelles, sportives ou autres.

2. Sous-hypothèses générales

Réseau social

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool estiment que les réponses apportées à leurs besoins de (re)créer un réseau social et/ou de l'intégrer au travail thérapeutique sont insuffisantes.

La santé

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool estiment que les réponses apportées à leurs besoins d'aide et de soins sont suffisamment pluridisciplinaires, bien que peu organisées en réseau et avec des intervenants qui connaissent parfois insuffisamment la problématique de l'alcoolisme.

Logement

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent que les réponses apportées à leurs besoins de (re)trouver un logement décent et adapté à leur situation sont insuffisantes.

Activités – situation professionnelle

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool se sentent délaissées quant à leurs besoins d'être accompagnées et soutenues dans le cadre de leurs activités professionnelles, culturelles, sportives, ou autres, qui leur permettraient d'être actives dans la société et qui participeraient à l'amélioration de leur estime et de leur sentiment d'utilité sociale et de bien-être.

3. Sous-hypothèses de travail

Afin de répondre de façon plus précise aux sous-hypothèses générales et donc à l'hypothèse générale, il convient de déterminer les sous-hypothèses de ces sous-hypothèses générales.

Afin d'améliorer leur bien-être, les patients estiment que ces besoins doivent être pris davantage en considération :

Réseau social :

- Les professionnels ne sont pas suffisamment sensibilisés à l'importance de la famille, des proches et du renouvellement du réseau social,
- La rencontre avec les besoins des familles et de l'entourage proche est insuffisante,
- Il manque de collaboration avec les familles et l'entourage proche.

La santé :

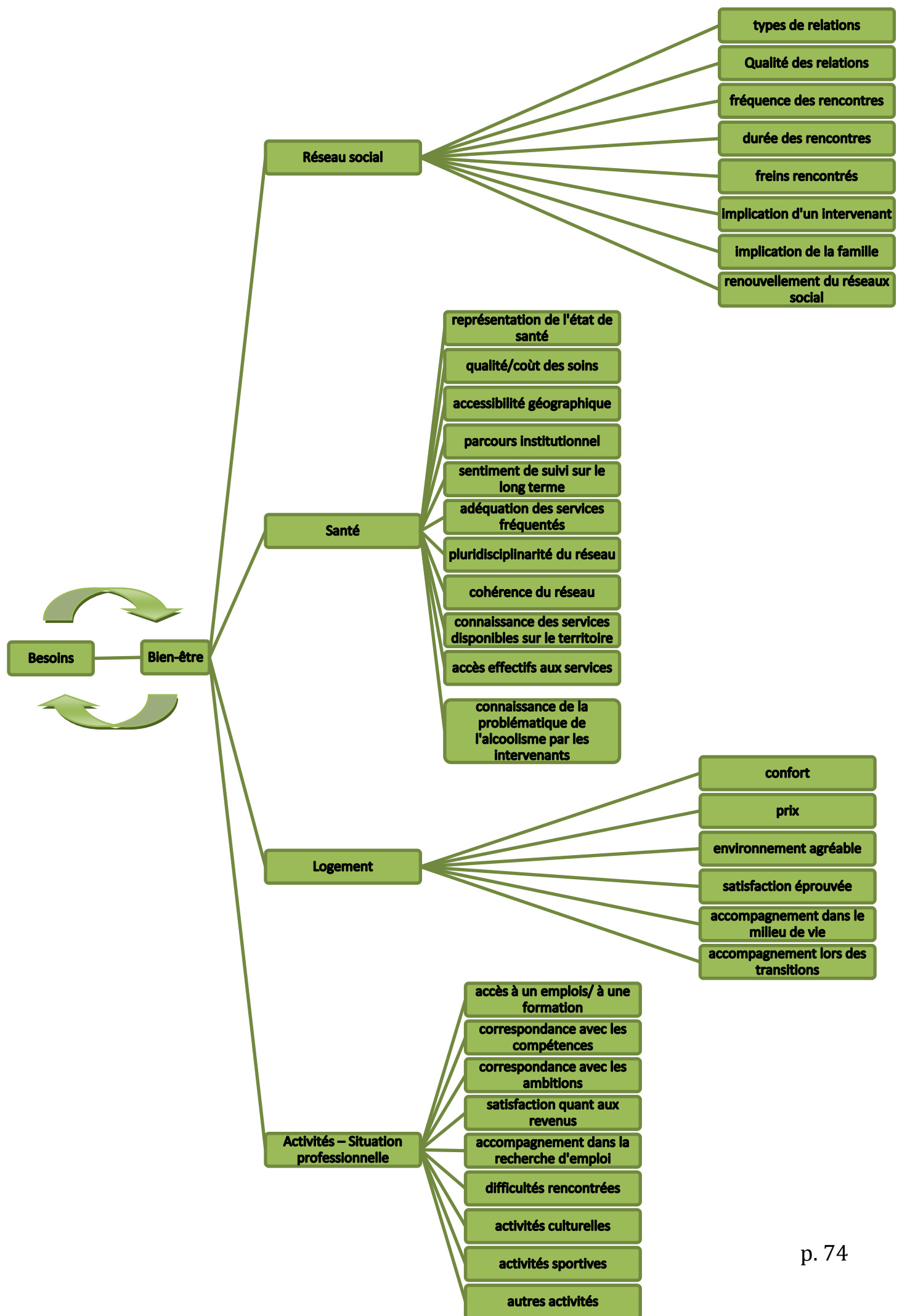
- La thérapie en ligne est une réponse possible aux besoins,
- Le travail ne s'effectue pas suffisamment en réseau,
- La connaissance de la problématique de l'alcoolisme par certains intervenants est insuffisante,
- Les généralistes sont insuffisamment formés,
- Les dispositifs variés et les équipes pluridisciplinaires permettent de répondre aux différents besoins individuels des patients,
- Il manque de consultations psychiatriques rapides et proches,
- Le besoin d'aide doit être décelé plus tôt.

Logement :

- Les thérapeutes ne prennent pas suffisamment en compte l'environnement du patient,
- Le passage de l'hébergement à l'autonomie n'est pas suffisamment préparé,
- L'accompagnement une fois la personne à domicile n'est pas organisé,
- Il y a un manque d'hébergement sur la province.

Activités – situation professionnelle :

- L'accompagnement social visant la réinsertion n'est pas suffisamment préparé,
- Une recherche d'endroits accueillant (sans trop de conditions) afin de recréer des liens sociaux est menée.



F. L'observation

1. La technique de recueil de l'information : l'enquête qualitative

Le choix de l'enquête qualitative est la technique de recueil de l'information choisie pour cette recherche. L'objectif poursuivi en faisant ce choix est avant tout d'obtenir une information de qualité sur le vécu et les représentations des personnes ciblées par la recherche.

« ... l'enquête qualitative vise (...) la qualité du questionnement. Il s'agit de mener des entretiens approfondis auprès d'un plus petit nombre de personnes »⁸⁶

2. Le champ d'analyse, la population & l'échantillon

Afin de déterminer sur qui portera la recherche, il convient de « *circonscrire le champ des analyses empiriques dans l'espace géographique et social et dans le temps* »⁸⁷.

Le champ d'analyse est précisé dans la question de départ. Il s'agit des personnes habitant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme.

« Une fois le champ d'analyse circonscrit, le chercheur doit déterminer la population concernée par son enquête. »⁸⁸

La population concernée par cette recherche est celle des personnes ayant un problème avec leur consommation d'alcool. Une certaine expérience de l'aide et des soins en matière d'assuétudes et plus particulièrement concernant la consommation d'alcool sera attendue. La recherche portera donc plus précisément sur des personnes majeures ayant fréquenté des institutions apportant de l'aide et des soins en matière d'assuétude et plus particulièrement dans le milieu ambulatoire, dans un service psychiatrique d'un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique. Les mouvements d'entraide seront également inclus dans la recherche. Un échantillon de membres de la famille sera approché afin d'avoir un point de vue extérieur sur la problématique.

⁸⁶ DISCRY Anne, Méthodologie de l'enquête quantitative et qualitative, Céfal SUP, Les Éditions du Céfal, Belgique, 2012, p. 97

⁸⁷ Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 1995, p. 145

⁸⁸ DISCRY Anne, Méthodologie de l'enquête quantitative et qualitative, Céfal SUP, Les Éditions du Céfal, Belgique, 2012, p. 99

« Lorsque la population est délimitée, il reste encore à déterminer l'ampleur de l'échantillon, c'est-à-dire l'ensemble des personnes de la population qui seront interrogées lors de l'enquête qualitative. »⁸⁹

Concernant la taille de l'échantillon, elle dépendra du phénomène dit de « **saturation de l'information par répétitivité** »⁹⁰. Il n'est donc pas possible de déterminer à l'avance son ampleur.

Pour réaliser cette recherche, l'échantillon sera construit par choix raisonné contrasté en se basant sur des variables classiques et stratégiques (liées aux thèmes de ma recherche).

Ce type d'échantillonnage est répandu dans les entretiens semi-directifs. De plus, étant donné les ressources dont je dispose (il est surtout question du temps allouable à la recherche), il n'est pas possible de multiplier les profils rencontrés. Il n'y a pas de représentativité au sens strict, mais une information certainement de meilleure qualité grâce au temps alloué à chaque entretien et à la grande liberté d'expression permise par ce type d'entretien.

Comme expliqué plus tôt, l'échantillon devra être composé de personnes ayant au moins une expérience thérapeutique liée à leur consommation d'alcool dans l'un des secteurs suivants :

- mouvement d'entraide,
- section psychiatrique d'un hôpital général,
- hôpital Psychiatrique,
- ambulatoire.

De plus, un échantillon de proches sera également interviewé afin d'apporter une perspective différente, mais non moins intéressant, sur les problèmes liés à la consommation d'alcool.

⁸⁹ DISCRY Anne, *Méthodologie de l'enquête quantitative et qualitative*, Céfal SUP, Les Éditions du Céfal, Belgique, 2012, p. 100

⁹⁰ POIRIER Jean, CLAPIER-VALLADON Simone et RAYBAUT Paul, *Les récits de vie. Théorie et pratique*, Paris, Presse Universitaire de France, 1983, p. 144.

3. Méthode d'entretien

Le déroulement de l'entretien sera pensé tel que les processus d'interactions et de communication mis en œuvres lors de celui-ci permettront à l'interlocuteur de s'exprimer le plus librement possible, mais de façon en partie guidée, afin que l'interlocuteur ne s'éloigne pas des thèmes à aborder.

L'entretien semi-directif se situe entre l'entretien non directif et l'entretien directif (série de questions à poser).

Lors d'un tel entretien *«... le chercheur dispose d'une série de questions guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé, mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la forme prévue.»*⁹¹

Il sera donc plus important que l'interviewé en arrive à parler des thèmes abordés de la façon la plus naturelle possible que de poser à tout prix une question prédéfinie qui risquerait de casser le rythme de l'entretien et de fermer le discours à des pistes de réflexion inattendues.

*« Autant que possible, [le chercheur] « laissera venir » l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible »*⁹².

Afin d'obtenir une information qui soit la plus complète possible lors de l'entretien, l'interviewé sera amené à s'impliquer de différentes manières dans l'entretien par le biais de trois dimensions ; *« la dimension narrative, la dimension argumentative et la dimension réflexive »*⁹³.

Dans un premier temps, pour laisser le temps à l'interviewé de s'impliquer progressivement, il lui sera demandé de raconter son vécu, son expérience. C'est la dimension narrative. Cette dimension permet de recueillir des informations assez générales et pertinentes, à condition que la narration soit bien cadrée par le chercheur.

Dans un second temps, l'interlocuteur sera amené à argumenter son discours. Il sera alors amené à apporter des explications afin d'éclairer, de motiver ses dires. Cette dimension apparaît aussi lors des phases de relance, pour inciter l'interviewé à poursuivre son récit dans une direction, ou à creuser afin de faire ressortir une analyse de son vécu.

⁹¹ Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, p.171

⁹² Ibidem, 172

⁹³ Réflexion suite à un entretien avec Didier Vrancken, professeur de sociologie à l'université de Liège

Dans un dernier temps, la dimension réflexive sera abordée. Fort de son expérience, l'interlocuteur sera amené à avoir un regard critique sur sa situation, son vécu, son expérience... afin de dégager des éléments liés à ses représentations.

Le passage d'une dimension à l'autre se devra d'être le plus naturel possible, dans la continuité de l'entretien. De même, il sera souvent nécessaire de passer d'une dimension à l'autre, d'en avoir conscience et de repérer quand l'interlocuteur passe de lui-même d'une dimension à une autre.

G. Modalité de passation de l'entretien

Afin de permettre une analyse fine, il est préférable que l'entretien soit intégralement enregistré. Ceci sera expliqué au début de l'entretien. Il sera également précisé que, s'il le souhaite, l'interviewé aura à tout moment le droit de demander de suspendre l'enregistrement s'il ne veut pas que certains éléments spécifiques soient enregistrés.

L'importance d'enregistrer l'entretien est haute. En effet, cela permettra au chercheur de retranscrire intégralement l'interview dans le but de faire une analyse plus fine du contenu de l'entretien.

Lors d'une discussion avec des thérapeutes du CHRH, alors que j'avais déjà interviewé la moitié de l'échantillon final, une question m'a été posée concernant l'accord que j'avais reçu des patients pour les enregistrer. Ils se demandaient si un document écrit ne serait pas préférable afin de laisser une trace de cet accord. J'ai donc pris cette remarque en compte et ai élaboré un document stipulant que la personne autorisait l'enregistrement de l'entretien. (Voir annexe 1) J'ai fait signer ce document à toutes les personnes que j'ai rencontrées par la suite.

H. La construction de l'outil de questionnement : Le plan d'entretien

Un exemplaire de mon plan d'entretien est disponible dans les annexes. (Voir Annexe 2).

Tout d'abord, l'interviewé est invité à répondre à quelques questions d'identification, qui portent sur les caractéristiques sociologiques de la personne. Commencer par cette catégorie de question permet au chercheur de mieux connaître l'interviewé. Par là même occasion, cela permet à la personne interviewée de se mettre à l'aise et de ne pas devoir dévoiler trop rapidement des éléments plus personnels.

Le plan d'entretien a ensuite été construit de manière à aborder chaque thème qui correspond à une sous-hypothèse générale. Ces thèmes sont subdivisés en sous-thèmes. Ces sous-thèmes sont composés des sous-sous-thèmes qui seront systématiquement abordés dans chaque entretien. Il est à noter que le plan d'entretien est plus un aide mémoire, afin de ne pas omettre d'aborder un sujet, qu'un guide à suivre à la lettre.

« L'ordre des thèmes dépend en effet du déroulement de chacune des rencontres. Les entretiens qualitatifs sont bien des entretiens à géométrie variable puisqu'ils épousent le cheminement des interlocuteurs. »⁹⁴

Afin de ne pas perdre le fil de l'entretien, trois cases ont été placées en face des thèmes. Comme il est stipulé dans la légende, la première case à cocher signifie que le sujet a été abordé lors de l'entretien, mais qu'il serait intéressant d'y revenir lors d'une relance afin d'approfondir. La seconde case signifie que le sujet a été abordé avec suffisamment de profondeur et que l'interviewé ne semble plus avoir d'éléments à y apporter. La troisième case signifie que le thème est « sans objet », c'est-à-dire que l'interviewé n'est pas concerné par ce point précis.

Enfin, un espace « note » a été disposé afin de garder quelques éléments à l'esprit. En effet, le parcours des interviewés est souvent impressionnant. Malgré l'enregistrement de l'entretien, la prise de note est un plus afin d'être plus actif au cours de l'entretien.

⁹⁴ DISCRY Anne, Méthodologie de l'enquête quantitative et qualitative, Céfal SUP, Les Éditions du Céfal, Belgique, 2012, p. 109

I. Conclusion

Avec cette partie, la construction de l'outil de questionnement a été présentée.

Tout d'abord, la problématique a été dégagée. « La théorie des besoins de Maslow et les dimensions du bien-être permettent d'appréhender les besoins, exprimés en termes de bien-être, qui sont rencontrés ou non chez les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool. »

Le modèle d'analyse a ensuite été construit. Ceci a permis de dégager une série d'hypothèses et de sous-hypothèses auxquelles la recherche devra apporter une réponse. « Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent une réponse incomplète à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes. La réponse donnée afin d'apporter un meilleur bien-être recouvre seulement en partie leurs besoins concernant leurs relations et leur réseau social, leur état de santé, leurs conditions de logement et leurs activités professionnelles, culturelles, sportives ou autres. »

Le champ d'observation a été déterminé avec des critères liés à l'expérience thérapeutique des patients. L'instrument d'observation quant à lui a été présenté sous la forme d'un plan d'entretien qui est disponible en annexe 2.

VI. Présentation, analyse et interprétation des résultats en relation avec la question de départ et les hypothèses.

A. Introduction

Avec cette partie, nous entamons le cœur de la recherche.

Après avoir exploré, conceptualisé, problématisé et formulé des hypothèses, il convient de présenter, d'analyser, et d'interpréter.

En premier temps, l'échantillon et la préparation des données recueillies seront présentés.

Dans un second temps, la parole sera en partie donnée à ces personnes qui m'ont accordé du temps. À travers eux, des tendances ressortiront, des réponses apparaîtront, des nuances contrasteront. Nous découvrirons les besoins en termes de bien-être de l'échantillon.

Dans un troisième temps, ces besoins, exprimés en termes de bien-être, seront confrontés aux hypothèses. Celles-ci se verront confirmées, infirmées ou nuancées.

B. Présentation de l'échantillon et du travail réalisé sur les entretiens

1. Les personnes rencontrant un problème dans leur consommation d'alcool

Pour réaliser cette recherche, 14 personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool ont été interviewées. Les « portes d'entrée », c'est-à-dire le contexte dans lequel j'ai pris contact avec eux, sont au nombre de 4 : l'ambulatoire, l'hôpital psychiatrique, l'hôpital général et les mouvements d'entraide.

Ces rencontres m'ont permis d'avoir un échange sur leur expérience thérapeutique dans l'ambulatoire, dans un hôpital psychiatrique, dans un hôpital général et dans les mouvements d'entraide.

	Ambulatoire	Hôpital psychiatrique	Hôpital général	Mouvement d'entraide (alcoolique)	Total
Porte d'entrée	1	4	5	4	14
Expérience partagée	4	9	7	7	27

Sexe	Nombre	Commune de résidence		
		Liège	Huy	Waremme
Homme	9	7	2	0
Femme	5	2	2	1

2. Les familles des personnes ayant un problème avec leur consommation d'alcool

Pour réaliser cette recherche, 4 personnes rencontrant un problème avec la consommation d'alcool d'un proche ont été interviewées. Les portes d'entrée sont les mouvements d'entraide « vie libre » et « Al Anon ».

Mouvement d'entraide (famille)		Commune de résidence		
Sexe	Nombre	Liège	Huy	Waremme
Homme	2	1	0	1
Femme	2	2	0	0

3. Retranscription des entretiens

Les 18 entretiens réalisés représentent 20 heures et 30 minutes d'enregistrement et donc beaucoup d'informations. En moyenne, les entretiens duraient à peu près 1 heure et 8 minutes. Le plus court a duré 38 minutes. Le plus long a duré 2 heures et 10 minutes.

Afin de pouvoir analyser finement leur contenu, les entretiens ont été intégralement retranscrits. Ces retranscriptions ressortiront sous la forme d'extraits, afin d'appuyer l'analyse des résultats.

Pour l'analyse de ces entretiens, j'ai créé un tableau reprenant les extraits d'entretiens par thème. Ce tableau m'a permis de réaliser un tri dans les informations, de dégager des tendances et de sélectionner des extraits pour appuyer mon analyse.

Les résultats seront présentés par thème. Ces thèmes correspondent au plan d'entretien. (voir annexe 2).

C. Analyse des réponses par thème

Dans cette partie, je vais exposer les grandes tendances des entretiens concernant les quatre dimensions de la recherche. Pour ce faire, je vais donner la parole aux personnes rencontrées, en commentant une série d'extraits d'entretiens.

1. Réseau social

a) Réseau familial

Le réseau familial a souvent une grande influence sur l'état de santé des personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche. Un milieu familial soutenant peut être un vrai levier alors qu'une situation familiale compliquée peut engendrer de grandes souffrances supplémentaires.

Voici quelques extraits d'entretiens présentant des situations où le soutien de la famille a eu une influence positive.

« Tout le monde s'y est mis pour me porter, c'est exceptionnel. J'ai été motivé. C'était ma propre décision, mais je savais qu'ils étaient là pour m'aider, pour me soutenir. Ils ne m'ont pas jugé. Juger un alcoolique, c'est l'enfoncer encore plus. »

« Ma famille, mes amis, même mon « ex », ils me soutiennent. Avec mon « ex », on a encore des contacts pour l'enfant. »

« Ah, mes enfants ce sont mes dieux. Je suis papa gâteau, je fais tout pour eux. J'ai de très bons contacts avec mes enfants. Ils sont majeurs, mais je suis toujours derrière eux. Je les couve. »

« J'ai eu cette énorme chance d'avoir un entourage qui était soutenant. Parce que c'est vrai que quand tout le monde vous rejette, qu'est-ce qu'on fait ? On boit encore un peu plus. Oui c'est sur que ça m'a permis de m'en sortir d'avoir des gens sur qui me reposer. »

« Mes parents, ils m'acceptaient quand même, je n'ai jamais eu de rejet... Non ! Pour ça j'ai eu des parents formidables. »

Cependant, toutes les expériences ne présentent pas un retour aussi positif. Dans de nombreux cas, le consommateur se retrouve isolé ou du moins, perd le soutien de ses proches.

« À cause de l'alcool, mes parents veulent me mettre dehors. Maintenant, j'ai 31 ans et j'aimerais partir et prendre un appartement pour quand mon fils vient le weekend. »

« Avec mes filles, on ne s'entend pas. La plus jeune, même devant ses enfants elle me tape. Et son fils qui a 9 ans c'est pareil. Elle a vu son père me battre et elle c'est pareille. »

Le milieu familial a souvent une influence sur les schémas de réponses développés par les personnes.

« Le côté familial a été un côté assez spécial. Moi j'ai vu mes parents quand même assez réceptifs au niveau de l'alcool. Donc ce n'était pas tabou du tout chez nous. Mon père était clairement alcoolique. Il est abstinent depuis 9 ans. Mais voilà, j'ai toujours été dans ce cadre-là. »

La famille, c'est avant tout du cas par cas. Leurs réactions peuvent parfois sembler difficiles à comprendre par leur sévérité. Cependant, ce n'est pas toujours négatif.

« Eux, ils ne disaient rien, ou pas grand-chose. Mais ils ont bien fait parce que ça n'aurait servi à rien. »

b) Une famille en souffrance ?

Les familles rencontrées se sentaient souvent démunies. Incompréhension, souffrance, inquiétude, déception...Savoir quelle place prendre ou comment réagir n'est pas évident pour des familles souvent mal informées.

« Je m'inquiète vraiment pour sa fille. Parce que la gamine, elle est vraiment bien. Elle a 8 ans. Mais ça fait 4 ans que sa mère boit. Elle n'a pas voulu se soigner quand elle était dépressive. Et maintenant, la petite elle voit ça. Elle se détruit et elle détruit les autres aussi avec son alcool. »

« Donc hier soir, la petite était ici. Et elle, elle était chez une amie qu'elle a rencontrée à la clinique. Mais les voisins m'ont appelé. Ma fille était chez eux et elle était saoule. Vous n' imaginez pas. Les gens sont quand même mal à l'aise. »

« C'est une maladie, qu'est ce qu'on peut faire. Il faut comprendre certaines choses, mais ce n'est pas évident pour nous. Mais je ne baisse pas mes bras. Tant que je peux jusqu'à mon dernier souffle je me bats pour elle. »

« Mais aussi, ils prennent du Valium comme on prend un Dafalgan. Quand ils ont une petite envie d'alcool. Mais ils devraient penser un peu aux autres, je pense à ma nièce qui a 14 ans maintenant. Elle est complètement révoltée, quasiment délinquante maintenant. C'est difficile, elle a vécu une enfance difficile. Ils sont révoltés les enfants quand ils voient les

parents comme ça parce qu'ils ont un vécu derrière eux. Et ils n'ont plus de patience. Mais je ne sais pas quel mécanisme ils pourraient mettre en place ces malades pour ne plus faire des bêtises comme ça de sortir avec les enfants quand c'est trop dur... je ne sais pas. C'est difficile pour les enfants. »

Pour les membres de la famille qui ne comprennent pas toujours ce que vivent les personnes qui consomment de l'alcool, les réactions peuvent être variées.

Les membres des familles rencontrés se sentent délaissés par les professionnels. Or, ceux-ci vivent aussi des épisodes difficiles.

« Avec le psychiatre, le psychologue, on n'a jamais eu de contact. Ils n'ont jamais essayé de nous téléphoner. On ne sait même pas s'ils acceptent de nous rencontrer. »

« Et on nous a téléphoné dans l'après-midi qu'on l'avait retrouvée sur le sol. L'hôpital. Et elle était cassée de tout côté. Ça a été vraiment heu... où une prise de conscience, ou la fin ou le début de quelque chose. Mais là, comme je dis, j'ai l'impression d'être crucifiée depuis ce jour-là à elle, ou avec elle, dans sa maladie. Et ça a été vraiment, j'ai deux grands enfants qui sont aux études comme vous, un mari, et le plus jeune m'a dit « Mais tu ne t'occupes plus de nous ! ». Et je ne m'étais pas rendue compte que j'étais partie vraiment dans ce sentiment, surement de culpabilité, je n'en sais rien. »

La première difficulté pour les familles est souvent d'accepter que celles-ci aussi ont un problème d'alcool : un problème avec la consommation d'alcool de la personne qui boit. Une fois ce premier pas franchi, elles peuvent commencer à se demander ce qui existe pour les aider. Bien souvent, leur connaissance n'est pas très développée sur les possibilités qui s'offrent à elles.

« Je trouve que les familles sont fortement... ou on n'en parle pas, ou c'est tabou, ou les alcooliques anonymes on connaît. Les autres réunions, moi je ne connaissais pas et c'est lors d'une rechute de ma sœur que j'ai eu contact avec un Alcoolique anonyme qui m'a dit, parce que je suis arrivée en rage et j'ai voulu la gronder, et il m'a dit : « Vas aux «Al Anon », vas chercher de l'aide, puisque là ça ne sert à rien, tu peux lui dire tout ce que tu veux... ». Et de fait, c'était un mécanisme, mais c'est difficile quand même. »

« Al Anon » et « Vie libre » semblent vraiment apporter des réponses. Bien que ce ne soient pas les seules réponses existantes (ambulatoire, etc.), ce sont les seules traitées par cette recherche.

« Au « Al Anon » on apprend beaucoup sur soi. Sur notre façon de réagir face à l'alcoolisme. Et surtout, comment se respecter nous-mêmes, non-alcoolique. »

« On s'est dit « on y arrivera jamais ! ». Et heu.. Donc ça a été vraiment le début. Et je suis allé aux « Al Anon » en me disant « il faut que je trouve des gens qui vont m'aider ou ... » je ne sais pas quoi. »

D'autres initiatives sont à mettre en avant. Les ateliers d'informations de la Clinique Notre-Dame-des-Anges, pour ne citer que cet exemple.

« Parce ce que ce que je vis là avec Glain et avec « Al Anon », ça change la vie. Et sans ça, on a l'air de vivre comme des rats. »

Ce sont des initiatives qui permettent plus de visibilité aux mouvements d'entraide par exemple, mais aussi plus directement de partager un vécu, d'être informé.

« Il manque vraiment quelque chose pour promouvoir les associations, les faire connaître. Il faut montrer que ça existe ! »

Des familles en souffrance. Oui, mais pas sans solution. Le manque de visibilité, la question du tabou ou encore de l'estime de soi sont autant de freins rencontrés par ces familles.

c) Réseau d'amis

Le réseau d'amis, à l'instar du réseau familial, peut apporter un réel soutien.

« Pendant 6 mois, j'ai habité avec un ami. On avait le même problème d'alcool, et ces 6 mois-là ben, c'est la plus longue période où je suis resté sans boire d'alcool quoi. »

« Je n'ai pas de pommes pourries dans le panier. C'est l'avantage de ne pas avoir fréquenté les cafés, etc. Maintenant, je les évite aussi. J'évite les pièges. J'ai un environnement, je vais dire, mon père est abstinente, ma grand-mère n'a jamais bu de sa vie, mes amis sont au courant que je suis en suivi thérapeutique pour ça donc il n'y a pas de suggestion de leur part. »

Cependant, le réseau d'amis est parfois le réseau le plus difficile à fréquenter pour rester abstinente.

« Mes copains, je ne peux pas les voir, parce que tous mes copains ils boivent, alors le weekend, je les évite »

« Arrêter comme ça puis du jour au lendemain retrouver ses anciens amis, c'est l'entourage qui est difficile... »

Outre les difficultés rencontrées auprès du groupe d'amis, il y a aussi toutes ces occasions où l'alcool a une place importante.

« Quand l'alcool a été un plaisir avant d'être mal utilisé, c'est difficile de s'en priver complètement. Un bon vin avec un bon plat, un mariage sans une coupe de champagne, ben, enfin c'est toutes des associations sociales qui font que pour moi je trouve que ça va être plus compliqué à gérer que réellement le fait d'avoir de l'alcool en moi. D'ailleurs, je suis content quand je ne bois pas »

d) *Renouvellement du réseau social*

« Au niveau de la consommation, je n'étais pas au café ou quoi, j'étais chez moi tout seul sans personne. Donc ça, c'est positif aussi en fait, parce que pour l'insertion, je ne suis pas attaché à des groupes de boisson. Je n'ai pas de copain de bistrot ou des trucs comme ça. »

La question de renouer des liens sociaux semble vraiment tourmenter une partie des personnes rencontrées. Tout le monde n'a pas la chance d'avoir un réseau soutenant comme c'est le cas pour l'extrait précédent.

« Quand on sort de l'alcoolisme, on a besoin de renouer de liens sociaux. Toutes ces années où on a passé notre temps à boire, on dirait qu'on a besoin de rattraper ce temps-là et de voir du monde et d'avoir plein d'activités, de sortir et de se sentir bien. Je dis peut-être ça parce que moi je suis seul. »

Le sentiment de solitude est fortement partagé. Cependant, ces personnes rencontrent de nombreux freins. Notons par exemple les problèmes financiers qui peuvent empêcher l'accès à certaines activités.

« Ben, je sors faire un tournoi de belotte ou quoi, mais avec 70€ par mois pour faire des activités, ce n'est pas facile »

Le renouvellement du réseau social ne se fait pas de lui-même.

2. La santé

a) État de santé

Quand nous parlons de la représentation de leur état de santé, toutes les personnes rencontrées ont déclaré qu'elle était très mauvaise.

« Physiquement et même psychologiquement, ma santé, elle est faible. Et une certaine sureté en moins qu'avant ?. Quand on commence avec l'alcool, chaque fois, ça revient de plus en plus alors. Puis il va falloir que je sois suivi pour réduire les médicaments aussi pour mes problèmes de sommeil. »

« Fort difficile, par rapport à la dépression surtout. Mentalement, « dépressivement » parlant, ça ne va pas très fort pour le moment. »

« Ah! moi je suis complexé. J'ai une grosse trentaine d'années, et j'ai l'impression d'avoir pris un coup de vieux sur les derniers mois. Et au niveau de mon corps, il y a plein de choses que je ne sais plus faire. Le sport en général, même aller danser... et je ne sais pas si c'est pour toujours ou non. J'ai un sentiment d'injustice par rapport aux autres. »

b) Rapport aux institutions

Les personnes rencontrées avaient presque toutes le point commun d'avoir fait l'expérience de plusieurs institutions.

« Il faut dire que j'ai essayé un peu tout. Ce n'est pas une fierté hein. C'est peut-être aussi une question de temps, pour accepter son alcoolisme. Tant qu'on n'a pas accepté, on n'est pas prêt. »

À propos du coût de l'accès aux institutions, les personnes étaient relativement satisfaites par la couverture de la sécurité sociale :

« Financièrement, c'est vrai que je vis chez ma grand-mère. Donc je suis à l'aise. Mais avec un revenu d'intégration, si je n'avais pas ça, je serais bien serré quand même. Même sans l'hôpital hein, ce n'est quand même pas super confort quand on voit ce qu'on a. Après quand on voit l'intervention de la mutuelle, donc ce qui est facturé et ce qu'on a à notre charge, y a pas photo. »

« Ben je suis « VIPO » alors ça me coute moins cher que de rester dehors. »

Quant au sentiment de suivi sur le long terme, les réponses apportées variaient fortement d'une personne à une autre. Certaines personnes avaient un sentiment de suivi assez négatif, se questionnant sur l'adéquation de l'aide reçue.

« Je n'ai pas le sentiment d'être suivi sur le long terme parce que déjà, mon psychiatre va bientôt prendre sa pension, et je trouve qu'il ne fait pas assez de travail psychologique. Il me donne des médicaments, mais c'est moi qui parle, lui il écoute et c'est tout, il ne fait pas de travail sur ce que j'aimerais bien faire. Peut-être qu'il me faudrait un psychologue en plus d'un psychiatre. »

D'autres étaient assez mitigées.

« Il pourrait y avoir un meilleur suivi médical pour certains thérapeutes. Mais sinon, ils discutent entre eux et ça aide bien. »

D'autres encore étaient assez satisfaites.

« Je suis revenu souvent. Pas pour des questions de rechute. Mais pour des raisons thérapeutiques parce qu'on a bien avancé pour moi ici. J'ai encore un côté existentiel qu'il faudra travailler avec les psychologues. Mais on s'éloigne de l'alcool là. L'alcool n'était que l'outil pour oublier tout ça. »

La question du sentiment de suivi sur le long terme était très différente d'une personne à une autre. Quel que soit le type d'institution, les réponses variaient fortement.

Quant à l'adéquation des services fréquentés, il ressortait qu'une grande partie des personnes rencontrées étaient satisfaites, tant pour les professionnels que pour les échanges entre patients.

« Le contact avec les autres est quand même important parce que, on sait donner, mais on sait recevoir. Partager des expériences de vie, on se retrouve parfois dans les histoires. Je crois qu'on a besoin de repères. »

« On peut parler à un médecin tant qu'on veut, mais s'il a peut être étudié l'alcool de façon très poussée, mais il ne ressent pas dans son intérieur. Partagé un problème avec quelqu'un de semblable c'est sympa. Mais avec un juste milieu, pour ne pas qu'en cas de rechute on tombe avec. »

Malgré ces témoignages positifs, certains se disaient parfois dérangés par la mixité de type de patients, surtout en hôpital général et en hôpital psychiatrique.

« Ce qui a c'est qu'on est en psychiatrie ici, il n'y a pas que des cas comme moi donc heu, des fois c'est assez dur. Il y a des gens qui pleurent tous les jours et, ce n'est quand même pas un milieu heu... faudrait peut-être qu'il y ait un truc séparé par rapport à l'alcool et les autres problèmes psychiatriques. Je trouve ça un peu bizarre de mettre tout le monde dans le même panier quoi. C'est une difficulté supplémentaire. »

Par rapport à la pluridisciplinarité des acteurs autour d'eux, les interviewés sont souvent satisfaits, en ambulatoire comme dans les hôpitaux.

« Je m'entoure quand même bien. 2 psychologues, un psychiatre. Au centre alpha, c'est assez bon au niveau du suivi de l'information. Il y a eu une évolution aussi. »

« À part avec un infirmier que le courant n'est jamais passé, sinon je n'ai rien à redire sur le personnel quoi. Je trouve que c'est du personnel de qualité quoi, on va dire comme ça. Que ce soit les infirmiers, les psychologues ou les psychiatres. »

Même au niveau du suivi des informations entre les acteurs, les retours parlent d'eux-mêmes.

« L'implication est..., moi je dis, que j'ai mal dormi cette nuit-ci ou j'ai mal ici... paf ! C'est marqué dans le cahier et un peu après, y a une autre infirmière qui passe « y paraît que ça n'a pas été super cette nuit-ci ? » hop, le médecin le sait déjà et les médicaments sont adaptés. On est très très bien encadré. »

« La qualité ici, c'est magnifique. Tout le monde est aux petits soins. On est bien suivi. »

Si les interviewés semblent plutôt bien connaître les services qu'ils fréquentent, leurs connaissances des autres services sont souvent inégales.

« Y a la citadelle... le petit bourgogne, mais c'est tout... »

« Je sais qu'il en existe (sous-entendu d'autres institutions), mais je n'ai pas approfondi comme j'avais tout ce qu'il me fallait ici où je trouve que je fais un vrai travail. »

Bien qu'ils n'y adhèrent pas forcément, tous connaissent les mouvements d'entraide. L'information semble plutôt bien circuler dans les différentes institutions.

« Ici, on est plus que convier à aller à la séance d'information sur les Alcooliques Anonymes. Je pense que ce n'est pas plus mal, pour se faire une idée ». »

Concernant les conditions d'accès aux services, et plus particulièrement le délai d'attente, les réponses sont mitigées. Ceci est surtout dû à la conception que les personnes rencontrées ont de ce qu'est un délai raisonnable. Pour l'ambulatoire, cela diffère du type d'intervenant que la personne souhaite rencontrer.

« J'ai voulu voir un assistant social, et franchement, il était bien compétent aussi, mais j'ai dû attendre longtemps parce que pour le social ils n'ont pas beaucoup de subsides et ils ne sont pas 36 à pouvoir t'écouter quoi. Il y a clairement trop peu de centres par rapport à la demande. Au niveau disponibilité. »

« Au niveau psychologue, ça va, mais au niveau psychiatre, c'est vraiment inaccessible. Surtout au niveau de la gratuitement parce qu'il a trop de monde du coup. »

Dans les hôpitaux psychiatriques, le délai semble convenir à la plupart des personnes interviewées.

« Pour le délai, j'ai eu 15 jours d'attente, mais ça va quoi. »

Cependant, une plus petite partie a tout de même eu un vécu différent.

« Des fois, on te laisse poiroter 6 semaines. Il manque vraiment de place. Quand tu viens de te décider que tu te dis, je vais rentrer en cure et qu'on te dit d'attendre 6 semaines, ben cet instant de lucidité, on a bien le temps de le remettre en question, de ramer. Il y a un manque de places flagrant quand même. Ce ne serait pas une mauvaise chose qu'il y a plus d'institutions. »

En ce qui concerne le service psychiatrique des hôpitaux généraux, les retours vont dans le sens d'un délai vécu comme convenable.

« On est super bien pris en charge. Et si le médecin estime qu'il doit rentrer le plus vite possible, il y a toujours une solution. »

c) Connaissance de la problématique de l'alcoolisme par les différents intervenants

La question de la connaissance de l'alcoolisme par les différents intervenants a récolté des réponses bien différentes.

Attardons-nous dans un premier temps sur les médecins généralistes en particulier. La question du médecin généraliste a récolté des réponses pouvant entrer dans deux grandes catégories.

Tout d'abord, ceux qui pensent que la formation des médecins généralistes est suffisante.

« Mon médecin traitant, oui, il me soignait déjà pour ça, il me donnait des médicaments, mais je buvais dessus. Et puis il m'a conseillé de venir ici. »

« Le docteur, il m'a dit, « oui, je crois qu'il serait temps de se faire hospitaliser maintenant. », il me connaît bien. »

« Mon généraliste, c'est mon médecin fétiche. Y a des années qu'elle me soigne, elle connaît ma vie de a à z. je peux lui demandé ce que je veux. Quand j'ai besoin de la voir, elle me libère deux plages de rendez-vous directement. »

Enfin, ceux qui pensent que leur formation est insuffisante.

« Ce que j'entends parfois chez le généraliste c'est qu'un verre c'est bon. Non, parce que c'est ce verre-là qui me remet dedans. Pour moi, les généralistes ne sont pas tous bien formés, bien préparés. Maintenant, je ne dis pas, ils ont d'autres choses à voir dans leur formation. Ils ne peuvent pas se spécialiser en tout, ils sont généralistes. Mais si eux ne sont pas compétents, ce serait bien qu'ils puissent relayer. »

« Il n'a aucune connaissance de l'alcoolisme, il n'a pas été un soutien. Il ne s'intéresse à rien à mon avis. J'ai pensé à changer de médecin, mais je ne sais pas encore lequel. »

« C'est un médecin familial quoi, il n'est pas bien informé. Mais il m'a redirigé directement vers un psychiatre qui est vraiment bien. »

Il semblerait que les médecins généralistes aient des connaissances inégales concernant la problématique de l'alcoolisme. Certains se montrent plutôt bien renseignés, d'autres moins. Notons un point positif concernant le dernier extrait : la conscience de son manque de connaissance concernant la problématique liée à l'alcoolisme est compensée par son réseau et sa capacité à relayer à la bonne personne. Le point fort du médecin généraliste est aussi sa connaissance du patient.

À présent, attardons-nous aux autres intervenants. Abordons cette question par secteur. Tout d'abord, le service psychiatrique des hôpitaux généraux. Encore une fois, les commentaires sont nuancés.

« Oh oui, les infirmières qui travaillent ici sont très gentille très compétente, très polie, on a vraiment rien à leur reprocher. »

« Les infirmières, elles changent tout le temps alors. Il y en a qui connaissent très très bien et après, y en a qui ne connaissent pas du tout. La psychologue je l'ai trouvée très très gentille, mais l'assistante sociale elle est sensée t'aider quoi, mais à la limite, elle était froide, pas très sociale quoi...mais en général, je suis très content. Y en a une qui me suit un peu, qui m'a bien expliqué la problématique, etc. »

« Au niveau des médecins, ils sont bien formés, au niveau des kinés par exemple, les ergos, bien... Ils n'ont pas creusé le problème de l'alcool, ils se concentrent sur leurs compétences, c'est bien aussi. Mais avec les médecins et tout, ils sont vraiment en réseau. La synchronisation de leur travail est bluffante. »

Ensuite, le milieu ambulatoire. Ici, il semble que les propos soient surtout positifs concernant la spécialisation des services.

« Ils ont une bonne connaissance quand même je dois dire. Il y a un fond derrière, ils connaissent bien l'alcoolisme. Je ne me suis jamais senti jugé ni rien. »

Enfin, les hôpitaux psychiatriques. Comme pour l'hôpital général, les commentaires sont nuancés.

« Quand ils ne savent pas, ils se renseignent. Il y a parfois des étudiants aussi. Et alors, ils nous redirigent. »

Dans l'ensemble, il en ressort une tendance assez positive pour les hôpitaux et très positive pour l'ambulatoire.

d) Aide thérapeutique en ligne (internet)

L'aide en ligne semble recevoir un retour assez partagé. Tout d'abord, très peu en connaissent l'existence. Un frein non négligeable à prendre en compte est d'avoir une connexion internet. La peur des données se retrouvant sur internet est revenue à plusieurs reprises également.

Je ne savais même pas que ça existait. Ça pourrait m'intéresser, je suis ouvert à tout. Mais je n'ai pas encore internet.

« Je ne connais pas. Mais moi, je ne suis pas trop internet déjà. Je n'ai pas d'ordi personnellement. Ça ne peut pas être enregistré ? Parce qu'avec les piratages, etc. moi je ne sais pas, on pirate n'importe quoi maintenant. » .

Il y a également ceux qui sont complètement réticents. C'est, sans doute, une partie très minime de l'échantillon rencontré.

« Je trouve ça vraiment impersonnel. »

Une bonne partie semble bien accueillir le concept. C'est une offre de service supplémentaire et « tout est bon à prendre » pour reprendre leurs mots.

« J'ai entendu parler du produit, mais je n'ai pas approfondi. Mais j'ai trouvé ça vraiment cool. Je ne suis pas certain que j'irais vers ça directement. Peut-être comme dernier secours si je n'ai pas accès à mon thérapeute. »

« Si j'avais eu connaissance de cette aide, ça aurait certainement pu m'aider. Et j'y serais allé. J'aurai fait la démarche. Je pense qu'il faut prendre tout ce qui existe. »

« L'aide en ligne, moi je dis pourquoi pas. Je ne connais pas, mais il faut savoir tout prendre. Ça peut être très intéressant pour des personnes qui ne sont pas encore touchées par une aide. Pour un alcoolique, tout est bon à prendre. Si la personne qui répond est apte, pourquoi pas. »

« Maintenant, je n'ai pas d'ordinateur moi. Mais quand on se pose des questions et qu'on est dedans oui. En plus ça reste anonyme. C'est épouvantable quand on est alcoolique, dans les moments de lucidité, c'est cette honte, on a l'impression que c'est écrit sur notre front. »

Le côté anonyme et le fait de toucher un public différent sont des points positifs supplémentaires.

3. Logement

a) Lieu d'hébergement

La question du logement a été commentée avec beaucoup d'ardeur par certains interviewés.

Certains semblent avoir la chance de vivre dans un logement très convenable grâce au soutien de leurs proches.

« J'habite chez mes parents, alors ça va, de ce côté-là, je n'ai pas à me plaindre. »

D'autres profitent d'une aide sociale.

« J'ai la chance de vivre dans un logement social, je n'aurais plus su assurer le loyer tout seul après avoir quitté ma copine. »

Mais tout le monde n'a pas les mêmes ressources. Le logement pose un véritable problème. Les logements ne semblent pas convenir pour ce qui est du confort qu'ils devraient offrir pour que les personnes qui les occupent se sentent bien.

« Le prix est raisonnable, mais il y a tout qui croule, on a jamais plâtré les fenêtres monsieur, je ne sais même pas les laver. On n'y fait rien. Je voudrais aller ailleurs, avec le budget que j'ai, je ne saurais pas. »

Le problème du confort du logement semble toujours lié aux moyens financiers dont disposent les personnes.

« J'ai un studio. Ici, c'est plus grand que mon studio pour que vous réalisiez. J'ai zéro confort. C'est vraiment précaire quoi. Mais je n'ai pas le choix, je n'aurais pas les moyens de déménager donc je dois faire avec, mais c'est très pesant. Ça en plus du reste, ça fait beaucoup. Et tant que je ne trouverai pas du travail, ça ne changera pas. »

De plus, l'environnement peut également apporter des tracasseries supplémentaires et représenter des obstacles pour les personnes en souffrance.

« J'habite à Outre-Meuse, alors y a des cafés à tous les coins de rue. Puis ça va être le 15 août alors, il va falloir éviter la ville. Je ne sais pas encore ce que je vais faire. L'année passée j'étais dans un état incroyable. »

« Quand je suis chez moi, je ne suis vraiment pas bien. C'est le lieu du crime. C'est là que je consommais. Et j'ai eu beau changer les meubles de place, etc., c'est encore difficile de rester seul chez moi. »

La question du logement est donc bien au cœur des problèmes rencontrés par les personnes interviewées.

b) Accompagnement dans le milieu de vie

Qu'il soit question de la préparation à la transition dans les hôpitaux ou de l'aide au moment de cette transition, les personnes rencontrées sont assez peu satisfaites. Les responsabilités retombent sur les patients dès qu'ils quittent leur hôpital.

« Aucune aide du tout. On est vraiment livré à nous même. Une fois qu'on sort, il n'y a que nous. »

« J'ai un suivi médicamenteux du psychiatre, mais je suis un peu perdu pour la gestion des médicaments à la maison. Si je me lève à 11 h, qu'est-ce que je fais des médicaments du matin et de ceux de midi, comme je m'organise. J'ai un peu du mal avec la rigueur. »

« Quand on sort d'ici, il faut faire ses courses, faire à manger, être tout seul chez soi, ne pas consommer, faire son ménage et dans tout ça il faut encore mettre 8 heures pour aller travailler si tout va bien. »

Cependant, des choses semblent se mettre en place et une évolution est constatée par les personnes fréquentant les hôpitaux.

« Je pense qu'on commence à comprendre qu'on a besoin d'être accompagné un peu. Mais ce n'est pas encore tout à fait ça. Les assistants sociaux par exemple essayent vraiment de mettre en place des choses pour retrouver un logement ou quoi. Il y a encore du travail à faire, mais je pense qu'ils commencent à prendre conscience de ce besoin. »

« Quand je vais sortir, je sais que j'aurai un logement, que mes papiers seront prêts pour l'ONEm et que j'aurai droit au chômage. »

Le retour à domicile peut être vécu de manière difficile par certains patients, mais les réponses pour le milieu hospitalier sont mitigées. Certains patients parviennent à prendre les aides qui leurs sont proposées et à s'y préparer. Cependant, ce soutien semble encore avoir du chemin à parcourir pour rencontrer les besoins des patients.

4. Activités – situation professionnelle

a) Emploi

Si la question de l'emploi ne préoccupe pas la majorité des personnes rencontrées, la population plus jeune est quand même angoissée par cette question.

Tout d'abord, exercer son ancien métier n'est plus possible pour certains. Le secteur de l'Horeca semble être à éviter, par exemple.

« L'école hôtelière, d'office, on travaille avec l'alcool tous les jours. Pour moi ce n'est plus possible. Imaginez ! »

Ensuite, il y a les formations qui ne semblent mener nulle part.

« J'en ai marre de refaire tout le temps des formations, de refaire des stages pour au final ne rien trouver de concret. »

Certains sont même complètement sans idée pour l'avenir.

« J'ai toujours eu des tatouages. D'ailleurs maintenant ça devient à la mode. Ça m'énerve. Mais quand je dois trouver un emploi, c'est un vrai frein. Sauf si je veux faire du tatouage (rire)... »

Pour certains, seule l'idée du bénévolat semble apparaître comme une solution.

« Je vais travailler bénévolement, comme ça je suis occupé, parce que c'est ça qui me tue, c'est de n'avoir rien à faire »

b) Activités culturelles, sportives et autres

Avoir une activité, c'est avant tout une manière de s'occuper l'esprit.

« Il faut que je fasse une activité pour m'occuper pour ne pas replonger dans l'alcool. »

C'est aussi une manière de renouer des liens plus sains.

« J'ai envie de refaire du vélo, j'en faisais assez bien quand j'étais jeune et j'ai une assez bonne condition physique. Aller le long du Ravel, aller-retour jusqu'à Tilff. J'allais dire aller boire un verre, mais non. Et mon fils commence à avoir l'âge de rouler alors. J'irais aussi avec un ami qui ne boit plus et qui me soutient à fond. »

Mais les freins rencontrés sont multiples. Entre les problèmes d'argent, les problèmes de santé et les problèmes liés à un entourage qui doit changer, il peut s'avérer compliqué de se lancer dans des activités sportives, culturelles ou autres.

« Ce qui faudrait en tout cas c'est quelque chose qui nous permettrait de faire de nouvelles rencontres. De manière simple et pas uniquement des personnes qui ont les mêmes problèmes que nous. »

« Si j'avais plus d'argent, je fréquenterais des groupes, je ferais des activités. J'en ai besoin. On arrive tellement à un isolement avec l'alcool qu'on a besoin de s'entourer de personnes, de faire des activités et des trucs comme ça. »

D. Comparaison des résultats observés avec les résultats attendus et interprétation des écarts

Il est important de rappeler avant tout que l'analyse décrite ici se base sur un échantillon non représentatif. Toute conclusion et/ou explication ne portent que sur cet échantillon. Cependant, ces informations recueillies permettront d'avoir une idée de ce que vivent les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool.

1. Rappel de la question de départ et de l'hypothèse générale

a) La question de départ

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, vivant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme trouvent-elles une réponse à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes ? »

b) L'hypothèse générale

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent une réponse incomplète à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes. La réponse donnée afin d'apporter un meilleur bien-être recouvre seulement en partie leurs besoins concernant leurs relations et leur réseau social, leur état de santé, leurs conditions de logement et leurs activités professionnelles, culturelles, sportives ou autres.

2. Réseau social

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool estiment que les réponses apportées à leurs besoins de (re)créer un réseau social et/ou de l'intégrer au travail thérapeutique sont insuffisantes.

a) Les professionnels ne sont pas suffisamment sensibilisés à l'importance de la famille, des proches et du renouvellement du réseau social

Pour de nombreuses personnes rencontrées, le milieu familial comme le réseau d'amis peuvent représenter un réel levier quand ils apportent leur soutien. Le contraire est également vrai. Un milieu familial ou un réseau d'amis peu soutenant peuvent engendrer des souffrances supplémentaires.

De même, la question de renouer des liens sociaux n'est pas sans importance. Pour les personnes dont le réseau d'ami ou familial n'est pas un soutien, le renouvellement du réseau social peut diminuer le sentiment de solitude et aider en cas de coups durs.

Si les professionnels semblent souvent avoir conscience de l'importance de la famille, des proches et du renouvellement du réseau social, ceux-ci n'en font pas une priorité toujours une priorité.

b) La rencontre avec les besoins des familles et de l'entourage proche est insuffisante

Les familles sont souvent démunies face à l'alcool. Elles ont besoin d'être informées pour comprendre ce que vivent leurs proches. Elles se sentent délaissées par les professionnels qui se concentrent sur le patient.

Certains moyens de communication permettent à ces familles de prendre connaissance des différentes aides dont elles peuvent bénéficier. Cependant, ceux-ci ne sont pas nombreux et l'information ne leur arrive pas toujours. Cependant, certains parviennent à s'informer et à trouver l'aide dont ils ont besoin.

Répetons que ces familles souffrent également de cette consommation problématique d'alcool. Les structures pouvant les accueillir ne sont pas suffisamment connues du grand public. La famille est en grande partie laissée de côté. Seules certaines initiatives permettent de leur apporter un mieux-être. Ce n'est cependant pas suffisant.

c) Il y a un manque de collaboration avec les familles et l'entourage proche

Les familles ne savent pas quelle est leur place dans la thérapie. Elles pourraient être un appui supplémentaire pour les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, mais elles ne sont que très peu contactées par les thérapeutes.

3. La santé

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool estiment que les réponses apportées à leurs besoins d'aide et de soins sont suffisamment pluridisciplinaires, bien que peu organisées en réseau et avec des intervenants qui connaissent parfois insuffisamment la problématique de l'alcoolisme.

a) Les dispositifs variés et les équipes pluridisciplinaires permettent de répondre aux différents besoins individuels des patients

Pour l'échantillon questionné, les nombreux dispositifs ainsi que la pluridisciplinarité des équipes permettent de répondre aux différents besoins individuels des patients.

Cependant, les connaissances de ces patients sont souvent bien inégales en ce qui concerne les autres institutions que celles déjà fréquentées. Les patients se contentent souvent de l'institution qu'ils connaissent ou de celle qui est près de chez eux.

b) Le travail ne s'effectue pas suffisamment en réseau

Selon l'échantillon, au sein des institutions, le travail en réseau est totalement satisfaisant. Les informations sont relayées et les thérapeutes se concertent pour ne parler que d'une seule voix.

Entre institutions par contre, aucun exemple de travail en réseau n'est ressorti des entretiens. Aucune conclusion ne peut être tirée à ce sujet. Nous pouvons supposer que si un travail en réseau est réalisé, il n'est pas perçu comme tel par les patients.

c) Les généralistes sont insuffisamment formés

Cette réponse est très nuancée. Les connaissances des médecins généralistes peuvent être variables. Leurs connaissances sur la problématique de l'alcoolisme sont inégales. Alors que certains se montrent plutôt bien renseignés, d'autres le sont bien moins. Cependant, certains généralistes comblent leurs lacunes en relayant le patient à un professionnel plus compétent dans le domaine.

La place du médecin généraliste n'est pas pour autant à prendre à la légère. Ils ont un rôle important à jouer car ils suivent souvent le patient depuis longtemps. La connaissance de l'état de santé de la personne, mais aussi de la situation familiale et même souvent de la situation professionnelle en font un élément important dans la prise en charge des patients.

d) La connaissance de la problématique de l'alcoolisme par certains intervenants est insuffisante

Pour le service psychiatrique des hôpitaux généraux comme pour les hôpitaux psychiatriques, le constat est nuancé. Pour une minorité, certains intervenants comme les infirmières semblent présenter des connaissances à géométrie variable. La présence de stagiaires moins bien informés peut également donner une impression de méconnaissance de la problématique par certains intervenants. Les retours concernant les autres thérapeutes sont positifs.

Pour l'ambulatoire, les propos recueillis sont tous positifs concernant la connaissance de la problématique de l'alcoolisme.

Dans l'ensemble, les intervenants sont suffisamment spécialisés. Cependant, certains intervenants peuvent présenter des lacunes au niveau de leurs connaissances. D'autres sont toujours en formation et peuvent participer à véhiculer cette impression.

e) La thérapie en ligne est une réponse possible aux besoins

La question posée ici se voulait en grande partie exploratoire. L'aide en ligne n'existant pas depuis longtemps, je ne m'attendais pas à recevoir des témoignages de personnes ayant utilisé cet outil thérapeutique.

L'aide en ligne a reçu dans l'ensemble un bon accueil lors des interviews. La majorité des personnes trouvent cette offre intéressante.

Cependant, il semble que l'existence de cette aide ne soit pas encore très connue.

Une partie minime de l'échantillon rencontré est réticent à cette idée ou n'a tout simplement pas de connexion internet.

f) Il y a un manque de consultations psychiatriques rapides et proches

Cette hypothèse s'est avérée correcte. En effet, dans l'ambulatorio, certains intervenants semblent plus difficilement accessibles. Les consultations psychiatriques sont revenues à plusieurs reprises, en mettant l'accent sur les prestations à faible cout où l'attente peut être très longue.

g) Le besoin d'aide doit être décelé plus tôt

À cette hypothèse, aucune réponse n'a été trouvée. Il ressort surtout que les personnes qui rencontrent un problème avec leur consommation d'alcool doivent faire un travail d'acceptation sur elles. Un travail qui prend du temps.

4. Logement

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent que les réponses apportées à leurs besoins de (re)trouver un logement décent et adapté à leur situation sont insuffisantes.

a) Les thérapeutes ne prennent pas suffisamment en compte l'environnement du patient

Cette hypothèse s'est avérée en partie vraie. Bien que des choses soient mises en place, les patients ne se sentent pas suffisamment soutenus et doivent parfois retourner dans un environnement peu adapté.

Les patients gardent souvent à l'esprit qu'au moment de la sortie, ils vont devoir retourner dans un environnement inadéquat, sans un confort minimal voire parfois décrit comme insalubre.

Les thérapeutes ne disposent pas de moyens suffisants pour pallier à ce manque.

b) Le passage de l'hébergement à l'autonomie n'est pas suffisamment préparé

Cette hypothèse s'est avérée correcte pour l'échantillon, bien qu'une partie de l'échantillon estime que certaines choses commencent à être mises en place.

Les patients se sentent, une fois de plus, souvent livrés à eux-mêmes, ou alors, le suivi proposé est vécu comme étant insuffisant. Ils passent d'un « petit cocon », pour reprendre l'expression d'une personne interviewée, à une situation d'autonomie où les responsabilités remontent à la surface. La transition peut provoquer un choc.

c) L'accompagnement une fois la personne à domicile n'est pas organisée

Cette hypothèse se vérifie également. Les personnes interviewées sont assez peu satisfaites de l'accompagnement une fois au domicile. Le suivi n'est pas organisé à une fréquence suffisante (quand il est mis en place).

d) Il y a un manque d'hébergement sur la province

À la lecture des points précédant, la réponse à cette hypothèse semble pouvoir trouver une réponse.

Les personnes interviewées démunies ne trouvent pas de solution « digne » pour se reloger. Elles doivent retourner dans des logements inadéquats ou précaires. Des freins tels que les moyens financiers ou encore l'état psychologique peuvent persister.

Il n'y a pas (suffisamment) d'institutions proposant un hébergement sans trop de conditions afin de pouvoir accepter des personnes souffrant de dépendances.

5. Activités – situation professionnelle

Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool se sentent délaissées quant à leurs besoins d'être accompagnées et soutenues dans le cadre de leurs activités professionnelles, culturelles, sportives, ou autre, qui leur permettraient d'être actives dans la société et qui participeraient à l'amélioration de leur estime et de leur sentiment d'utilité sociale et de bien-être.

a) L'accompagnement social visant la réinsertion n'est pas suffisamment préparé

L'échantillon semble aller dans le sens de cette affirmation. Les personnes concernées sont, en effet, assez peu satisfaites par l'accompagnement social visant la réinsertion.

Concernant la question de l'emploi, les personnes désireuses d'en retrouver un sont très démunies. Pour certains, l'ancien métier ne convient plus, pour d'autres les formations proposées ne semblent pas déboucher sur un emploi concret.

Un travail de réflexion semble tout de même être proposé par les thérapeutes, mais chaque patient ne trouve pas pour autant de solution à ses besoins.

b) Une recherche d'endroits accueillant (sans trop de conditions) afin de recréer des liens sociaux est menée

Le questionnement autour de recréer des liens sociaux était très présent. Mais il semble manquer de lieux où les problèmes économiques ou de santé puissent ne pas être un frein.

E. Conclusion

Les tendances ressortant des entretiens ont permis de confronter les hypothèses dégagées lors de la phase exploratoire à la réalité perçue par l'échantillon.

Ces hypothèses se sont avérées en partie exactes, mais nuancées. Les besoins en termes de bien-être de l'échantillon ne sont pas tous rencontrés, mais des éléments positifs sont mis en avant.

Pour obtenir une réponse à l'hypothèse générale, il est plus aisé de regarder les réponses données aux sous-hypothèses générales

L'hypothèse « **Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool estiment que les réponses apportées à leurs besoins de (re)créer un réseau social et/ou de l'intégrer au travail thérapeutique sont insuffisantes** » s'est avérée correcte dans le cadre de l'échantillon rencontré.

Le besoin (re)créer un réseau social répond aux besoins de sécurité, d'appartenance et d'amour, d'estime et d'accomplissement de soi. Ces besoins restent donc en partie non comblés. De plus, les dimensions du bien-être qui en découlent (« Emplois et salaire », « Équilibre vie professionnelle – vie privée », « Éducation et compétence » et « Liens sociaux ») ne sont pas suffisamment travaillées avec les patients. Notons que, d'après la définition de la santé de l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social. Un travail semble encore devoir être réalisé de ce point de vue.

L'hypothèse « **Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool estiment que les réponses apportées à leurs besoins d'aide et de soins sont suffisamment pluridisciplinaires, bien que peu organisées en réseau et avec des intervenants qui connaissent parfois insuffisamment la problématique de l'alcoolisme** » est une hypothèse qui s'est en grande partie avérée correcte.

Il s'avère que la pluridisciplinarité des réponses apportées apporte un mieux-être aux patients. La dimension du bien-être « Santé » qui correspond aux besoins physiologiques, de sécurité et d'estime est travaillée de façon pluridisciplinaire dans bien des cas. Les patients en sont souvent très satisfaits.

Une nuance cependant à apporter : Les intervenants dans les milieux spécialisés connaissent, la plupart du temps, suffisamment la problématique de l'alcoolisme, permettant de répondre de façon adéquate aux besoins des patients.

La question du médecin généraliste quant à elle est à nuancer. C'est une question à prendre au cas par cas. De plus, il peut être un acteur clef dans le suivi à long terme et dans l'organisation du travail en réseau. Cependant, du chemin reste encore à parcourir.

L'hypothèse « **Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent que les réponses apportées à leurs besoins de (re)trouver un logement décent et adapté à leur situation sont insuffisantes** » s'est, en grande majorité, avérée correcte.

C'est ici, l'un des points centraux de ce qui est ressorti des entretiens. L'accès à un logement décent, pour beaucoup, n'est pas une réalité alors que celui-ci répondrait aux besoins physiologiques, de sécurité et d'estime des patients. Ne pas avoir accès à un logement décent empêche les personnes d'atteindre le bien-être au niveau des dimensions que sont les « Revenus et patrimoine », les « Conditions de logement », l'« État de santé », la « Qualité de l'environnement » et la « Sécurité des personnes ».

Si certaines personnes parviennent à trouver les aides financières nécessaires, une grande partie des interviewés n'ont pas cette chance. Si certains peuvent se retourner vers des amis ou la famille pour obtenir de l'aide, ce ne sont souvent que des solutions qui ne fonctionnent que sur le court terme et précaires.

L'hypothèse « **Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool se sentent délaissées quant à leurs besoins d'être accompagnées et soutenues dans le cadre de leurs activités professionnelles, culturelles, sportives, ou autres, qui leur permettraient d'être actives dans la société et qui participeraient à l'amélioration de leur estime et de leur sentiment d'utilité sociale et de bien-être** » est une hypothèse qui se trouve en partie vérifiée.

La question est souvent abordée par les différents thérapeutes. Cependant, rien de suffisamment concret ne semble se dessiner quant à l'accès à un emploi. Si les activités culturelles, sportives et autres sont davantage explorées, les patients n'ont pas toujours les moyens matériels (surtout financiers) ou physiques (problèmes de santé) de poursuivre ou d'entreprendre de telles activités.

Pour répondre à la question de départ de ma recherche :

« **Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, vivant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme trouvent-elles une réponse à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes ?** »

L'hypothèse générale semble être confirmée et donc convenir comme réponse :

« **Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent une réponse incomplète à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes. La réponse donnée afin d'apporter un meilleur bien-être recouvre seulement en partie leurs besoins concernant leurs relations et leur réseau social, leur état de santé, leurs conditions de logement et leurs activités professionnelles, culturelles, sportives ou autres.** »

Je remettrai l'accent sur les éléments suivants :

« Article 25 §1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »⁹⁵

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁹⁶

À la lecture de cet article de la Déclaration universelle des droits de l'homme, à la lecture de cette définition de la santé de l'OMS, suite aux éléments mis en évidence par cette recherche, certains droits semblent, pour un certain nombre de personnes, être, au moins en partie, bafoués.

- L'accès à un logement décent semble ne pas être une réalité pour bon nombre de personnes vu la récurrence des propos allant dans ce sens dans les témoignages recueillis.
- Bien qu'un éventail important d'institutions existe, les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool ainsi que les personnes rencontrant un problème avec la consommation d'alcool d'un proche ne connaissent pas suffisamment ces différentes institutions.
- Bien que les services existants soient très diversifiés, l'offre ne semble pas toujours être en adéquation avec la demande, ne permettant pas toujours une prise en charge des patients.

Afin de pallier à ces manques, certaines actions pourraient être entreprises :

- Création d'habitations protégées, de logements accueillant sans trop de conditions.
- Informer davantage et plus largement le public sur les différentes institutions existantes.
- Dégager des fonds pour proposer une offre de services qui soit plus en adéquation avec le volume de demandes.

⁹⁵ Déclaration universelle des droits de l'Homme, <http://www.un.org/fr/documents/udhr/#a25>, page visitée le 31 mars 2014

⁹⁶ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

VII. Conclusion générale

Une bouteille à l'amer...

Des échanges sincères...

Une conclusion à satisfaire...

« UNE BOUTEILLE À L'AMER... » était le compte rendu d'une recherche qualitative auprès de personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool concernant l'adéquation de la réponse donnée à leurs besoins d'aide et de soins.

Cette recherche a été commandée par le RéLiA – le Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en Assuétudes. Ses missions ont pour but de favoriser la qualité des soins et de l'aide ainsi que de favoriser la continuité des prises en charge.

Cette recherche répond particulièrement à une mission du RéLiA qui est d'identifier la demande d'aide et de soins en matière d'assuétudes.

La question de départ de cette recherche était la suivante :

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, vivant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme trouvent-elles une réponse à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes ? »

Les hypothèses ont permis de comparer les représentations véhiculées par des professionnels et par la littérature avec les besoins exprimés en terme de bien-être par les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool. Parfois confirmées, parfois infirmées, souvent nuancées, les hypothèses, confrontées aux témoignages recueillis, permettent de démarrer une réflexion quant au développement d'actions ultérieures.

Tout d'abord, concernant de futures recherches, les possibilités sont multiples. En tenant compte des caractéristiques et limites de cette recherche qualitative basée sur un échantillon non représentatif de personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool et vivant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme, de nouvelles recherches pourraient être conduites. Des recherches qualitatives plus centrées sur un arrondissement en particulier. Je pense, par exemple, à celui de Waremme, qui n'était pas très représenté dans cette recherche. Prendre en compte certains biais de cette recherche pour approfondir pourrait également être intéressant. Par

exemple, l'échantillon de personnes rencontrant un problème avec la consommation d'alcool d'un proche présent dans cette recherche partait avec un biais important : celui d'être impliqué dans un travail thérapeutique, de par leur présence dans ces groupements d'entraide. De plus, concernant ces familles, seuls les mouvements d'entraide ont été approchés pour cette recherche. Un échantillon ayant eu une expérience auprès d'un psychologue en ambulatoire ou ayant participé à une thérapie familiale par exemple, aurait également pu apporter des nuances intéressantes. Une recherche pourrait également être entreprise concernant une problématique en particulier. Regardons cette question des besoins de logements décentes par exemple. Une recherche sur le type de logement pourrait être mise en place et pourrait apporter une réponse correspondant aux besoins précis de cette population.

Ensuite, concernant les propositions d'actions, plusieurs éléments centraux doivent être abordés. Dégager des fonds pour subsidier une institution qui répondrait au besoin de logement des personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool semble impératif. Dans la même logique, un accès à des logements sociaux ainsi qu'à un suivi à domicile doit être permis à un plus grand nombre de personnes. De plus, dégager des fonds dans le but de développer l'offre existante afin que celle-ci soit en adéquation avec les besoins semble primordial.

Enfin, remarquons que certaines actions peuvent être mises en place plus rapidement. Concernant la méconnaissance qu'ont les familles sur les aides disponibles, l'information pourrait être plus largement diffusée et de la prévention pourrait être mise en place. Il en va de même pour le public rencontrant un problème avec sa consommation d'alcool.

Ainsi se clôturent ce travail de fin d'études et cette recherche. Bien que mon travail s'arrête ici, je me permets d'espérer que les réflexions qu'il pourra susciter feront du chemin...

VIII. Bibliographie

Textes de loi

- Décret du 27 novembre 2003, relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes
- Arrêté du Gouvernement wallon du 3 Juin 2004 portant exécution du décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes
- Décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations
- Arrêté du Gouvernement wallon du 27 mai 2010 portant exécution du décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations
- Arrêté du Gouvernement wallon du 4 Juillet 2013 portant codification de la législation en matière de santé et d'action sociale

Rapports et enquêtes

- A. Schmitt, R. Schwan, P.-M. Llorca, Intérêt des prises en charge coordonnées : l'alcoologie de liaison et les réseaux de santé, Annales Médico Psychologiques 165, 2007
- BOONEN Jérôme, *Enquête Sentinelle. Rapport des résultats de 1997-2007*, B. De Clerck – Prévention Drogues Charleroi, Charleroi, juin 2010
- Conseil de l'Europe, Le bien-être pour tous. Concepts et outils de la cohésion sociale, Tendances de la cohésion sociale n°20, Edition du Conseil de l'Europe, 2008
- GUSTIN Frédéric, Rapport d'activité du RéLiA de 2012, mars 2013

- GUSTIN Frédéric, Rapport d'activité du RéLiA de 2013, mars 2014
- Institut Scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Service d'Epidémiologie, Bruxelles, 2006.
- L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE VOL. 85, Pour une redéfinition des missions de la psychiatrie en partant des besoins globaux des patients , N° 6 - JUIN-JUILLET 2009
- OCDE, Comment va la vie ? Mesurer le bien-être, Editions OCDE, 2011
- Organisation mondiale de la Santé, Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool, 2007
- TNS Opinion & Social, Attitudes des citoyens de l'UE à l'égard de l'alcool, Eurobaromètre Spécial 331
- Wilson, S.H. et G.M. Walker (1993), « Unemployment and Health: A Review », Public Health, vol. 107

Livres

- ANCEL P. & GAUSSOT L., Alcool et alcoolisme, pratique et représentation, L'Harmattan, logiques sociales, 1998
- DISCRY Anne, Méthodologie de l'enquête quantitative et qualitative, Céfal SUP, Les Éditions du Céfal, Belgique, 2012
- DUMOUCHEL D., Kant et la genèse de la subjectivité esthétique, Librairie philosophe J. Vrin, France, 1999
- DURAND Marianne, Le Petit Robert de la langue française 2011, version numérique, 2011
- FOUQUET P., Le roman de l'alcool, Seghers, 1986
- GAINARD J.Y. & KIRITZE-TOPOR P., L'alcoologie en pratique quotidienne, France, 1995,
- MASLOW A, Devenir le meilleur de soi-même, Groupe Eyrolles, France, 2013
- POIRIER Jean, CLAPIER-VALLADON Simone et RAYBAUT Paul, Les récits de vie. Théorie et pratique, Paris, Presse Universitaire de France, 1983

- Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 1995

Internet

- Déclaration universelle des droits de l'Homme, <http://www.un.org/fr/documents/udhr/#a25>, page visitée le 31 mars 2014
- Portail Action Sociale et Santé en Wallonie, le code wallon de l'action sociale et de la santé, <http://socialsante.wallonie.be>, page visitée le 31 mai 2014

IX. Annexes

A. Annexe 1

Autorisation d'enregistrement – Recherche pour le RéLiA

Madame, Monsieur,

Afin de remplir ses missions, le **RéLiA** (*Réseau Liégeois d'aide et de soins en matière d'assuétudes*), mène une **recherche** auprès de personnes rencontrant des problèmes dans leur consommation d'alcool.

Nous nous adressons, dans ce contexte, à des personnes acceptant de **partager** leur **expérience thérapeutique** liée à leur **consommation d'alcool** lors d'une interview.

Dans ce cadre, nous avons besoin de votre **autorisation** pour que l'entretien puisse être **enregistré** afin de permettre une analyse plus fine de son contenu.

À tout moment, il vous sera permis de demander la suspension de l'enregistrement si vous ne désirez pas que certains passages de l'interview soient enregistrés.

De plus, l'action menée ici pour le RéLiA n'aura **aucune incidence** sur votre **séjour thérapeutique**. Cette recherche se déroule indépendamment du service dont vous bénéficiez et le **secret professionnel** sera respecté.

Merci pour l'aide que vous m'apporterez.

Cordialement,

Nulens JérémY
Assistant social
2^e Master en Ingénierie et Actions Sociales
Pour le RéLiA

Date et signature pour accord.

B. Annexe 2

Plan d'entretien

Question de départ de la recherche

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, vivant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme trouvent-elles une réponse à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétude? »

Entretien n° _____ Nom _____ Date de l'entretien _____
Prénom _____ Heure de début/de fin De _____ h à _____ h
Coordonnées éventuelles _____ Lieu de l'entretien _____

Légende	
++	Sujet abordé, mais à approfondir par la suite
v	Sujet abordé
SO	Sans objet

1. Présentation générale

	v	SO	Notes
Informations générales	O	O	
- Sexe	☐	☐	
- Âge	☐	☐	
- Commune de résidence	☐	☐	
- Niveau d'étude	☐	☐	
- Statut professionnel (employé, ouvrier, indépendant, pensionné, etc.)	☐	☐	
Situation familiale	O	O	
- Composition de ménage (famille classique, recomposée, vie seul, etc.)	☐	☐	
- Enfant(s)	☐	☐	
- Parent(s)	☐	☐	
- Conjoint	☐	☐	
- Autre(s)	☐	☐	
Type de suivi actuel	O	O	

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Plan d'entretien

2. Réseau social / solidaire

[illegible][illegible]

Plan d'entretien

3. Santé

	++	✓	SO	Note
État de santé actuel	O	O	O	
- Représentation de l'état de santé actuel	☐	☐	☐	
- Qualité des soins et coût des soins	☐	☐	☐	
- Accessibilité géographique (institutions, etc.)	☐	☐	☐	
Rapport aux institutions	O	O	O	
- Parcours institutionnel	☐	☐	☐	
o Différentes institutions	☐	☐	☐	
o Sentiments de suivi sur le long terme, de continuité	☐	☐	☐	
o Adéquation des services fréquentés	☐	☐	☐	
- Réseau autour de la personne	☐	☐	☐	
o Pluridisciplinarité du réseau	☐	☐	☐	
o Cohérence du réseau	☐	☐	☐	
▪ Centralisation/ suivi des informations entre les acteurs	☐	☐	☐	
▪ Spécificité et complémentarité	☐	☐	☐	
- Institutions	☐	☐	☐	
o Connaissance des services, des aides disponibles (SSM, thérapie en ligne etc.)	☐	☐	☐	
o Accès effectif aux services (délais, conditions, etc.)	☐	☐	☐	
Connaissance de la problématique de l'alcoolisme par les différents intervenants (généralistes, psychologues, psychiatres, assistants sociaux, etc.)	O	O	O	

4. Logement

	++	✓	SO	Note
Lieu de séjour principal	O	O	O	
- Confort	☐	☐	☐	
- Prix (rapports aux revenus, aux dépenses, etc.)	☐	☐	☐	
- Environnement agréable	☐	☐	☐	
- Mobilité	☐	☐	☐	
- Satisfaction éprouvée	☐	☐	☐	
Hébergement sur la province	O	O	O	
- Expérience en résidentiel/hébergement	☐	☐	☐	
- Accessibilité des services (délais, condition, etc.)	☐	☐	☐	
Accompagnement dans le milieu de vie	O	O	O	
- Type d'accompagnement	☐	☐	☐	
- Accompagnement lors des transitions (changement de centre, retour chez soi, etc.)	☐	☐	☐	

Plan d'entretien

5. Activités – situation professionnelle

	++	✓	SO	Note
Emploi	O	O	O	
- Accès à un emploi/ à une formation	☐	☐	☐	
- Correspondance avec les compétences	☐	☐	☐	
- Correspondance avec les ambitions	☐	☐	☐	
- Satisfaction quant aux revenus	☐	☐	☐	
- Accompagnement recherche/médiation avec l'employeur, le formateur	☐	☐	☐	
- Travail thérapeutique	☐	☐	☐	
- Difficultés rencontrées (accès, coût, etc.)	☐	☐	☐	
Activités culturelles	O	O	O	
- Types d'activités	☐	☐	☐	
- Apport(s)	☐	☐	☐	
- Fréquence	☐	☐	☐	
- Difficultés rencontrées (accès, coût, etc.)	☐	☐	☐	
Activités sportives	O	O	O	
- Types d'activités	☐	☐	☐	
- Apport(s)	☐	☐	☐	
- Fréquence	☐	☐	☐	
- Difficultés rencontrées (accès, coût, etc.)	☐	☐	☐	
Autres activités	O	O	O	
- Types d'activités	☐	☐	☐	
- Apport(s)	☐	☐	☐	
- Fréquence	☐	☐	☐	
- Difficultés rencontrées (accès, coût, etc.)	☐	☐	☐	

[illegible]

« UNE BOUTEILLE À L'AMER... » est le compte rendu d'une recherche qualitative menée auprès de personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool concernant l'adéquation de la réponse donnée à leurs besoins d'aide et de soins.

La question de départ de cette recherche est la suivante : « Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool, vivant sur le territoire de l'arrondissement administratif de Liège, de Huy et de Waremme trouvent-elles une réponse à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes ? »

Afin de répondre à cette question, une hypothèse générale a été formulée.

« Les personnes rencontrant un problème avec leur consommation d'alcool trouvent une réponse incomplète à leurs besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes. La réponse donnée afin d'apporter un meilleur bien-être recouvre seulement en partie leurs besoins concernant leurs relations et leur réseau social, leur état de santé, leurs conditions de logement et leurs activités professionnelles, culturelles, sportives ou autres. »

