

Brou Konan Denis

Assistant Social, Sociologue, Alcoologue

Enseignant-Chercheur à l'UFR Criminologie

Université Abidjan Cocody

Résumé

La présente réflexion, fruit de plusieurs années d'expériences au centre de la croix-bleue, porte sur 80 jeunes patients alcooliques. Il a pour objet de montrer que, dans un contexte de pauvreté, il est impérieux pour le travailleur social, de faire preuve d'imagination pour réussir une réinsertion sociale durable afin de réduire le taux de rechute qui est de 35% à 25%. Pour ce faire, nous avons procédé par observations, entretiens semi-directif, individuel, de couple, de groupe, familial, des visites à domicile et sur les lieux de travail.

Il ressort que depuis 1980, la Côte d'Ivoire vit des crises successives notamment d'ordre économique, social, politique et moral, avec pour corollaires la pauvreté, les violences, les incivilités, l'anomie. Paradoxalement, les marchands d'alcools débordent d'ingéniosité pour saturer les marchés de toutes sortes de boissons alcoolisées. Aujourd'hui, la société ivoirienne est non seulement fortement alcoolisée mais également alcoolisante. Autrefois apanage des personnes adultes, l'alcool est désormais à portée des jeunes qui s'en servent pour faire face au quotidien. En réalité, à travers leur alcoolisme, ils tentent de régler un conflit de générations, de valeurs, d'oppositions, voire de rejet de la société ; ils sont par ailleurs en quête de modèle, de repère identitaire, d'émancipation, de liberté, d'indépendance, de bien-être, de mieux-être. La cible privilégiée des marchands d'alcool sont désormais ces jeunes, rendus vulnérables du fait des effets des crises, mais aussi du fait de l'ignorance des méfaits à moyen ou long terme de l'alcool, des croyances et préjugés exploités judicieusement par une publicité pro-alcoolique agressive.

Face à un tel contexte, l'intervention sociale doit être axée essentiellement sur la motivation des patients, la négociation d'un contrat d'accompagnement avec eux et leur entourage, en vue de définir des objectifs de sevrage clairs et adaptés aux réalités. Il s'agit pour le travailleur social, de remonter leur histoire de vie et l'itinéraire de leur alcoolisation, de faire le bilan de leurs forces, faiblesses morales et psychologiques, de savoir comment, quand, où et la quantité d'alcool qu'ils boivent, seuls ou en compagnie d'autres consommateurs, de savoir ce que l'alcool représente pour eux, de faire l'inventaire de leurs ressources personnelles, familiales et/ou professionnelles, afin de proposer une intervention adaptée à leur personnalité et à leur environnement. Aussi, le travailleur social doit-il user de clarification et de persuasion ; inciter les parents à une collaboration franche et sincère basée sur la confiance mutuelle. Le travail social doit viser en définitive la réinsertion sociale durable des patients, en les rééduquant à mener une vie sans recourir à l'alcool et en les aidant à mettre en place un projet de société.

Mots-clés : Pauvreté, Protection de la santé, Changement

La toxicomanie alcoolique existe depuis longtemps en Côte d'Ivoire. La première conférence interafricaine antialcoolique tenue à Abidjan du 23 au 30 juillet 1956 en fait largement écho. Toutefois, il faut dire que cette toxicomanie était lapanage de personnes adultes qui consommaient essentiellement les vins de palmiers, les bières de céréales, les vins rouges, les eaux-de-vie de très mauvaise qualité des colonisateurs appelées TAFIA. Leur prise en charge se faisait principalement dans un cadre traditionnel familial, villageois ou communautaire. Avec l'indépendance de la Côte d'Ivoire en 1960, les importations de boissons alcooliques en provenance de nombreux pays se sont intensifiées. Depuis 1980, la Côte d'Ivoire vit des crises successives notamment d'ordre économique, social, politique et moral, avec pour corollaires la pauvreté, les violences, les incivilités, l'anomie. Paradoxalement, les marchands d'alcools débordent d'ingéniosité pour saturer les marchés. Les jeunes sont désormais leur cible privilégiée. Mais qui sont ces jeunes ? Pourquoi abusent-ils de l'alcool ? Dans ce contexte, que doit faire le Travailleur Social dans un centre de cure comme le Centre d'Accueil de la Croix-Bleue pour un accompagnement efficace de ces jeunes alcooliques ?

Méthodologie

Depuis pratiquement cinq ans, le centre de la croix-bleue accueille chaque année autour de 260 patients faisant usage de toutes sortes de drogues. Pour l'année 2009, le centre a accueilli 261 malades, dont 171 usent de drogues autres que l'alcool, et 90 uniquement de l'alcool. Mais pour les besoins de notre réflexion, nous avons délibérément exclu de notre échantillon, 10 patients ayant plus de 35 ans. Nous avons donc décidé de suivre de très près en 2009, 80 patients dont l'âge est compris entre 16 et 35 ans que nous appelons jeunes. Nous avons procédé par observations, entretiens semi-directif, individuel, de couple, de groupe, des visites à domicile et sur les lieux de travail.

Résultats

I Le contexte

Pour mieux cibler son intervention, il est important pour le travailleur social de savoir qui sont ces jeunes qui abusent de l'alcool, pourquoi ils en abusent et dans quel contexte ils évoluent.

1-1 Qui sont ces jeunes patients alcooliques ?

D'une manière générale, ces 80 jeunes patients dont 14 filles, proviennent de milieux pauvres, c'est-à-dire qu'ils vivent avec 95700f CFA/personne/par an. En 2008, selon l'Institut National de la Statistique (INS), le seuil de pauvreté en Côte d'Ivoire était de 49%. Sur les 80 patients, 37 sont issus de familles unies et 43 de familles désunies dont 23 de familles monoparentales matricentriques et 11 de familles monoparentales patricentriques ; 06 vivent dans des familles substitutives ; 03 sont des jeunes de la rue. 49 sont de confession chrétienne, 11 de confession musulmane et 20 animistes ; 37 sont des déscolarisés, 32 sont des collégiens, lycéens, étudiants et 11 sont dans le secteur informel. Ils sont tous célibataires et 5 ont chacun un enfant. Compte tenu de leurs modestes moyens, 17 ont été hospitalisés et 63 ont suivi un traitement ambulatoire quand bien même leur état de santé nécessitait une hospitalisation.

Depuis l'indépendance de la Côte d'Ivoire en 1960, les marchés d'alcools n'ont cessé d'être inondés de toutes sortes de boissons alcooliques d'importation, de fabrication locale industrielle et artisanale. Désormais à portée des jeunes, ils s'en servent pour des raisons aussi diverses que variées que nous pouvons résumer en trois points :

1-2-1 Faire face au quotidien

Depuis 1980, les effets des crises successives se font durement sentir au niveau des individus, des familles et de la société. L'état n'est plus en mesure d'assurer ses rôles régaliens à l'égard de tous les citoyens à savoir entre autres : la sécurité, l'éducation, la santé, l'alimentation. Aussi assistons-nous à l'émergence d'autorités parallèles, à l'intensification de la corruption, des rackets, de la fraude dans presque tous les secteurs d'activités ; ce qui était considéré comme anormal devient la norme aujourd'hui. L'autorité des familles étant affaiblie, celles-ci ne peuvent plus jouer pleinement leur rôle de socialisation de leurs membres. Désespérés face à leur avenir de plus en plus incertain dans une société anonyme et anomique, les jeunes usent et abusent de l'alcool pour disent-ils, faire face au quotidien : oublier les soucis, combler un vide affectif, traiter les frustrations, les déceptions, tuer le temps, communier entre eux, communiquer avec les aînés, s'adapter aux exigences d'une société pleine de contradictions et en pleine mutation.

Au-delà des propos des jeunes, la réalité est qu'à travers leur alcoolisme, ils tentent de régler un conflit de génération, de valeurs, d'oppositions, voire de rejet de la société. Ils sont par ailleurs en quête de modèle, de repère identitaire, d'interlocuteur sûr, d'émancipation, de liberté, d'indépendance, de bien-être, de mieux-être. C'est en quelque sorte une façon à eux d'attirer l'attention des aînés sur leur sort. L'alcool est devenu pour ces jeunes, comme le dit Chapuis, un mode d'adaptation sociale ; un prisme à travers lequel ils regardent se jouer les contradictions de la société.

La manière dont les jeunes consomment les boissons alcooliques est caractéristique de leurs attentes, de leurs besoins, de leurs aspirations. En effet, les alcoolisations chez les jeunes sont un phénomène essentiellement de groupe souvent émaillées de concours du plus gros buveur. Ces concours visent généralement à tester leur résistance, leur endurance, leur tolérance, leur virilité. Le « vainqueur » force admiration et respect de la part des autres concurrents dont il devient le leader auquel ils doivent désormais s'identifier ou se référer. Celui-ci est tenu de défendre cette « étiquette » à chaque occasion de concours. Pour s'imposer comme vainqueur à l'issue d'un concours, il faut que celui-ci continue de garder son calme, sa sérénité, sa lucidité, de se contenir dans les limites des plaisanteries amicales ou d'alliance. Au contraire, une ivresse ponctuée de vomissements, de chutes, d'agressions verbales ou physiques, de grossièretés ou d'une trop grande familiarité, ôte tout mérite au consommateur qui peut être aout groupe. Or l'un des objectifs recherchés ici, est d'être in groupe afin de continuer de bénéficier de la protection du groupe et de la sécurité qu'il est censé de procurer. Pendant les concours, pour se donner toutes les chances de vaincre ou de tenir l'alcool, des procédés et des astuces aussi farfelus que fantaisistes sont utilisés : mettre du sel dans ses chaussettes, griller des cigarettes, consommer certains produits pharmaceutiques ou une sauce lipidique, se trémousser sans cesse au son d'une quelconque musique. Et pour montrer la capacité ou la force du groupe à consommer, les bouteilles vidées appelées pompeusement cadavres, sont disposées ostensiblement sur la table.

pe et être solidaire du groupe. C'est pourquoi les jeunes olement ou fortement alcoolisées ou à des panachages aux fins de s'accoutumer à un type au moins. Ainsi, en tous lieux et en toutes occasions, à défaut de leur boisson préférée, ils en auront une de substitution. Car il n'y a rien de plus gênant que la présence d'une personne abstinente aux côtés de ceux qui boivent. Si l'abstinence est médicalement motivée, alors, le groupe finira par exprimer ses regrets. Autrement, l'abstinente est traitée de méchant, de pingre, de bizarre, de suspect, de quelqu'un qui a quelque chose à cacher aux autres, il faut se méfier de lui, il n'est pas fréquentable. Ce n'est pas un garçon, un garçon doit boire et surtout doit savoir boire. L'alcool doit être pour un garçon, ce que sont l'ombre et le corps, c'est-à-dire inséparables. Il ressort que l'alcoolisme chez les jeunes est un alcoolisme d'entraînement et d'initiation.

Par ailleurs, il faut combattre le mal de voir boire les autres. En compagnie de ceux qui boivent, ceux qui n'en font pas autant souffrent d'un certain malaise qui se traduit par l'ennui du temps qui semble se traîner. C'est pourquoi si d'aventure la boisson préférée d'un membre du groupe venait à manquer sur le lieu du boire, le groupe se donne les moyens de se la procurer ailleurs, sinon l'intéressé se contente de sa boisson de substitution pour ne pas « chômer ». L'on n'a pas besoin d'avoir la poche pleine pour boire à satiété, tant la solidarité du groupe est de mise ; elle est même très forte. Il existe une amitié à fondement alcoolique. C'est ce qui justifie le fait qu'il est très difficile de se soustraire au groupe. D'ailleurs si les poches sont « trouées », le mastroquet ne se fera pas prier pour consentir des crédits aux clients les plus fidèles. L'essentiel est d'être dans sa dose efficace, c'est-à-dire, celle qui permet au consommateur de supporter le quotidien. Et cette dose là, il est sûr de l'atteindre, au nom d'un principe selon lequel un verre plein se vide et un verre vide se plaint. Il faut alors se dépêcher de le mettre à jour, car l'on a horreur du verre à moitié ou complètement vide.

Au cours des séances de consommation, des normes ou règles de comportement sont connues de tous et chacun est tenu de les respecter. Toute déviance est sanctionnée par un pot. Ainsi les séances peuvent traîner en longueur : une demi-journée, une journée, toute une nuit jusqu'à l'aube. Finalement, tout devient prétexte à boire chez les jeunes : qu'ils aient faim ou qu'ils soient rassasiés, qu'ils aient froid ou chaud, qu'ils soient contents ou fâchés, qu'ils soient en bonne santé ou malades, ils boivent. Le boire est devenu une sorte d'activité, un passe-temps, un plaisir, il faut se faire plaisir et faire plaisir aux autres.

1-2-2 L'ignorance des méfaits de l'alcool

30% des jeunes ignorent totalement que l'abus de l'alcool peut, à moyen ou long terme, affecter leur santé et 70% le savent, mais ils n'en connaissent pas le mécanisme. Ainsi boivent-ils en fonction des idées reçues, des croyances ou des préjugés exagérés, parfois stupides ou inexistantes qu'exploitent judicieusement les marchands d'alcools. Ce sont entre autres : l'alcool est un aliment, l'alcool réchauffe, l'alcool donne des forces, l'alcool apporte des vitamines, l'alcool induit l'appétit, l'alcool désaltère, l'alcool est un aphrodisiaque et rend viril. Tous ces préjugés trouvent leur force dans une publicité pro-alcoolique agressive et bien ciblée.

Il semble que la crise n'a pas pu freiner la production locale et les importations d'alcools en Côte d'Ivoire. Les marchés d'alcools ont été constamment approvisionnés et le nombre des lieux du boire que nous appelons « maquis » s'est accru de façon vertigineuse. A tel point qu'on entend souvent dire avec facétie que dans certaines communes d'Abidjan, il y a autant d'habitations que de maquis. La réalité est que l'Ivoirien n'a pas besoin de parcourir une longue distance pour trouver la boisson selon son goût, sa préférence, sa poche et les effets recherchés. Aujourd'hui en Côte d'Ivoire, dans des contrées reculées où l'eau se fait rare à certaines périodes de l'année, il y a l'alcool ; même la barrière islamique du nord du pays a cédé sous le charme de l'alcool. Conséquence, la chance ou la probabilité pour l'Ivoirien de rencontrer l'alcool est grande. C'est ce qui nous fait dire que la société ivoirienne est fortement alcoolisée. Mais est-elle pour autant alcoolisante ? Autrement dit incite-t-elle à boire ?

1-2-3-2 Une société ivoirienne alcoolisante

- La prolifération des maquis

Les maquis sont devenus un créneau porteur. De nombreux Ivoiriens vivent aujourd'hui des revenus de maquis, soit comme appoint, soit comme unique ressource. Aussi assistons-nous à leur prolifération incontrôlée, quelquefois même dans des endroits insoupçonnés. Ainsi il existe des maquis plein air, des maquis clos, des maquis à la fois plein air et clos, des maquis de jour, des maquis de nuit, des maquis de jour et de nuit 24h/24, des maquis dans les salons, dans les cours de concessions, des maquis au sous-sol, au rez-de-chaussée, à l'étage, des rues-maquis, des maquis ambulants, des maquis caméléons. On en trouve attendant à des établissements scolaires, sur les campus, aux alentours immédiats des lieux de prière. Si bien que les boissons alcooliques sont d'accès facile et à portée de nombreuses bourses : des tournées de 50 à 100f CFA. Et pour permettre au consommateur d'avoir son produit à portée de la main, de façon permanente, on en trouve en berlingot à 100f CFA.

Ces nombreux maquis qui se disputent les clients ne sont ni neutres ni muets. A travers leur dénomination, ils véhiculent des discours qui semblent correspondre aux aspirations ou aux rêves des jeunes : la Tour Eiffel, la Maison Blanche, le Dialogue, Internet, Cellulaire, Chelsea. Les plus prisés, notamment par les jeunes, sont ceux qui distillent de la musique la plus en vogue dans un décor chatoyant, avec des spots publicitaires ciblés et qui offrent un bon accueil, c'est-à-dire un accueil proche de la luxure. Les serveuses dans ces maquis généralement jeunes, doivent être enclines à entrer dans l'univers des consommateurs. En effet, si elles veulent avoir des pourboires ou bénéficier des grâces des tenanciers, elles doivent attirer le maximum de clients en se tenant autant que possible à leurs côtés et prêtes à les servir ; au besoin, leur faire plaisir en acceptant de consommer en leur compagnie. Alors, qu'ils soient en compagnie de leur copine, de leur nana, de leur lolo ou non, ces jeunes boivent et dansent, qu'ils soient assis, à genou ou debout, ils gesticulent, ils boivent au goulot, s'enjailent, se pintent, se gnôlent, ils sont ambiacés. Ils en réclament encore dans des gestes codés familiers au marchand d'alcool qui renouvelle promptement le service, et ils continuent de picoler tant qu'il y en a. Ainsi, le temps passe vite, ils tuent le temps, ils noient les soucis, ils passent des moments dorés. Alcool, musique et sexe vont ensemble. Il faut prendre sa dose aphrodisiaque avant d'aller au 7è

éances de consommation dans les maquis décrite par les

Par ailleurs, dans certains maquis, il n'y a pas d'eau à boire, si ce n'est celle qui doit servir à se laver les mains pour manger quelque chose. Ou s'il y en a, elle n'est pas glacée, tandis que la bière est congelée et, quelquefois, le vin est chambré. Et quand on insiste, on vous sert de l'eau dans un récipient tout simplement repoussant. Les maquis qui ne désemplissent pas sont ceux qui offrent et à manger et à boire de façon permanente. Mais le plus souvent, le bien-boire a plus d'audience que le bien-manger. C'est pourquoi il ne faut pas « gaspiller » le produit. Ainsi, les jeunes « secoueront » ou « presseront » la bouteille afin d'en recueillir la dernière goutte ; pour empêcher la bière de déborder le verre, ils y plongeront le doigt pour que la mousse cesse de monter, un verre ou une bouteille venait à se renverser sur la table, ils recueilleront une partie du liquide d'un côté de la table.

En somme, dans les maquis, c'est une sorte de publicité indirecte en faveur des boissons alcooliques qui ne dit pas son nom. L'eau y est « disqualifiée » et le prix des boissons non alcoolisées concurrence celui des boissons alcooliques, il est même supérieur à celui de certaines tournées et des berlingots. Ainsi, les jeunes n'ont plus le choix que de consommer des boissons alcooliques avec pour objectif la recherche de l'ivresse. Pour atteindre un tel état sans se culpabiliser, ils consomment en groupe dans un esprit convivial et de solidarité.

- L'attitude passive ou complice des autorités

Vu les importantes taxes que les importations, la fabrication locale et le commerce d'alcools procurent à l'état, celui-ci semble reculer devant ses responsabilités. La Loi no 64-293 du 1^{er} août 1964 portant code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, modifiée par la Loi no 74-719 du 27 novembre 1974, n'a jamais été appliquée. La fabrication des boissons alcooliques des 3^e, 4^e et 5^e groupes, alors qu'elle est interdite, se fait au grand jour ; la fréquentation des débits par les mineurs, de même que l'utilisation des jeunes filles comme serveuses, sont devenues presque la règle. Les autorités municipales n'ont jamais été capables de réglementer la création des maquis sur leur territoire. Par ailleurs, nous vivons dans une société où les violences verbales, physiques, symboliques, politiques et institutionnelles s'exercent en comportement. Pour vivre dans une telle société que nous qualifions d'anonyme et d'anomie, les jeunes ne peuvent que rechercher l'excitation alcoolique.

Il semble que les marchands d'alcools sont au-dessus de l'état, si ce n'est la preuve de sa complicité avec ceux-là qui s'arrangent pour placer leur publicité à des moments de grande écoute des médias d'état, notamment avant, pendant et juste après les rencontres importantes de football. Outre cette publicité directe à la radio et à la télévision, il faut noter l'emprise non moins importante sur les jeunes de la publicité indirecte pro-alcoolique à travers les panneaux publicitaires dans les endroits stratégiques.

II L'intervention sociale pour un accompagnement efficace

Pour un accompagnement efficace, l'intervention sociale doit tenir compte de ce contexte et y puiser sa source. Elle doit être, pour l'essentiel, axée sur la motivation, l'accueil, la psycho-sociothérapie, la réinsertion et le suivi.

2-1 La motivation

si bien des patients eux-mêmes que de leur entourage. En d'une manière générale, la peur de se soumettre à un traitement habite les alcooliques qui n'ont aucune intention de modifier leur équilibre pathologique dont ils pensent tirer un certain bénéfice. D'où résistance spontanée au traitement qui s'ajoute quelquefois au refus ou à l'incapacité de se concevoir comme alcooliques. Le travailleur social doit donc s'efforcer pour établir une relation de confiance à travers l'accueil et un certain nombre d'activités psychothérapeutiques.

2-2 L'accueil

2-2-1 L'accueil comme une activité et une épreuve de longue haleine

Il n'y a pas de recette toute faite en matière d'accueil des patients alcooliques. L'accueil doit être spontané, adapté au cas par cas. Autrement dit, les alcooliques ne se ressemblent pas. Ils sont différents les uns des autres selon leurs âge, sexe, milieu culturel, socioprofessionnel, religion, la place que l'alcool occupe dans leur vie, les avantages et les inconvénients que celui-ci présente à leurs yeux. L'accueil n'est pas limité dans le temps ; il se fait à chaque rencontre et durant tout le séjour au centre de soins. Il n'est pas non plus acquis une fois pour toute ; il se fait, se défait et se refait, car le malade peut changer d'avis et d'humeur à tout moment. Le travailleur social doit s'efforcer de façon permanente pour que l'accueil puisse lui permettre de cerner au mieux la personne du malade et son environnement en vue de lui apporter un accompagnement approprié. Dans cette perspective, l'accueil apparaît comme une activité et une épreuve de longue haleine.

2-2-2 L'accueil comme une thérapie cognitive

Un accueil réussi suppose que l'alcool-dépendant accepte qu'il a quelque chose à partager avec celui qui l'accueille, de travailler avec lui dans le sens de faire évoluer un quelconque jugement erroné sur lui-même ou sur sa situation, et qu'il manifeste un désir ou une certaine volonté de changer son comportement addictif. Un tel acquis ne peut qu'être favorable à l'accompagnement ; ce qui justifie que l'accueil est une thérapie cognitive.

2-2-3 L'accueil : l'affaire de toute l'équipe du centre

Dans un centre de soins comme celui de la croix-bleue, l'accueil est l'affaire de toute l'équipe. Mais de façon prioritaire, c'est le travailleur social qui est le premier à être en contact avec le malade qui, a priori, est accompagné d'un parent ou d'une connaissance. Au cours de ce premier entretien, l'assistant social doit recueillir essentiellement des informations pouvant lui permettre de connaître le malade et de le localiser géographiquement. Ces informations, consignées dans un dossier social, seront complétées à chaque entretien. La nécessaire présence de l'accompagnateur à ce premier entretien se justifie par le fait que le malade peut être dans un état de confusion totale. L'apport de celui-ci pour complément ou rectification d'information s'avère donc indispensable.

2-2-4 Les conditions d'un bon accueil

Il faut gagner la confiance du malade. Pour ce faire, il faut se débarrasser de tout préjugé, à savoir qu'il ne s'agit pas d'un contact d'homme présumé sain à homme « étiqueté », mais d'un contact d'homme à homme tout court. L'alcoolique qui a été sans doute longtemps bafoué dans sa dignité, humilié, frustré,

travailleur social doit-il faire preuve d'un savoir faire et établir une véritable relation d'aide.

2-2-5 Les difficultés liées à l'accueil

Les difficultés varient selon que le malade vient de lui-même ou sous contrainte. Or 90% des patients arrivent au centre sous la pression de la famille, ou sur proposition d'amis, d'ONG, de travailleurs sociaux, de patrons. Il va falloir alors le convaincre à se disposer au protocole d'accueil. Dans tous les cas, le malade persistera dans son déni, quant à la fréquence et à la quantité d'alcool consommé. Or seule la vérité sur cet aspect de sa conduite addictive peut asseoir les bases de la confiance et d'une saine coopération avec le patient. Le succès de l'accueil ne peut être garanti que si le travailleur social use de clarification et de persuasion.

2-3 La clarification

Le travailleur social doit aider à la clarification de la maladie du patient, car la maladie alcoolique est encore considérée dans certains milieux comme une malédiction, une fatalité, un sort jeté. Sa guérison n'est donc pas du ressort de la médecine moderne. Tout ceci rend le patient et son entourage sceptiques. Le travailleur social doit s'atteler à expliquer cette maladie, depuis l'alcoolisation jusqu'à l'alcool-dépendance, et insister sur le fait que c'est une maladie, mais pas comme les autres. C'est une maladie qui est à la fois bio-psycho-sociale et environnementale. C'est une maladie qui se traite et se guérit ; elle nécessite une thérapie multidimensionnelle et de longue haleine. Celle-ci comporte deux volets : le sevrage physique d'une durée de quinze jours au maximum, consiste en l'administration de médicaments dont l'objectif est de diminuer l'hyperexcitabilité cérébrale pour prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage. Quant au sevrage psychologique qui se poursuit jusqu'à la réinsertion totale du malade, il consiste en des activités psycho-socio-thérapeutiques qui impliquent la pleine collaboration du patient et de son entourage. Il ne faut donc pas que le patient s'attende à une guérison miracle, mais il faut de sa part une bonne dose de volonté.

2-4 La persuasion

Il faut que le travailleur social arrive à persuader le patient qu'il peut guérir et qu'il a le soutien de sa famille et de l'équipe soignante du centre. Quant à l'entourage qui, généralement ne se reconnaît pas coauteur de l'alcool-dépendance de son membre, le travailleur social doit le convaincre sur le fait que d'une manière ou d'une autre, il a dû la favoriser ou la précipiter. En effet, l'alcool-dépendance est un processus plus ou moins long. En tant qu'éducateurs, des parents trop autoritaires ou oblatifs, peuvent être ferments de l'addiction de leur enfant. La toxicomanie alcoolique est aussi un problème de communication et de relation. Il faut donc amener l'entourage familial à accepter sa part de responsabilité, en vue de sa pleine collaboration.

2-5 Rassurer le patient

Le travailleur social doit rassurer le patient que ses rapports avec lui seront basés sur la confiance mutuelle et que les renseignements qu'il aura à lui fournir seront traités selon ses désirs et en toute discrétion. En effet, si certains patients hospitalisés n'ont aucune gêne à partager des informations

ec l'équipe soignante et à recevoir la visite de amis et de itent passer leur séjour au centre dans l'anonymat total. Le travailleur social qui est le premier agent à être en contact avec les visiteurs, doit veiller au strict respect de cette consigne.

2-6 Les psycho-sociothérapies déployées

Il s'agit d'un certain nombre d'activités qui s'adressent au cœur, à l'esprit, aux émotions, à l'intellect du patient, ainsi qu'à ses relations familiales, sociales, amicales et de travail, en vue de le rééduquer et de l'accompagner dans le processus de sevrage et de réinsertion.

2-6-1 La psychothérapie individuelle

Elle consiste en des entretiens motivationnelles centrées sur le patient, en vue de le connaître dans ce qu'il souffre, les causes de son alcoolisme, ses boissons préférées et celles de substitution, ce que celles-ci représentent pour lui. Ces entretiens visent aussi à connaître l'itinéraire de son alcoolisation jusqu'à son alcool-dépendance, ses lieux et ses occasions de boire, la quantité consommée, le mode et les objectifs de la consommation, ses relations affectives, celles avec ses amis consommateurs. Bref, il s'agit pour le travailleur social, de cerner la personnalité du patient, de faire le point de ses forces, faiblesses morales et psychologiques, en vue d'un accompagnement adapté. Pour ce faire, il doit multiplier les entretiens, car il est certain que le patient ne lui livrera pas d'emblée tous ses secrets notamment en ce qui concerne ses comportements liés à ses alcoolisations. Ce qui lui vaut d'ailleurs l'épithète de menteur que lui prête souvent l'imagerie populaire.

2-6-2 La thérapie du couple

Dans le cas où les deux parents du patient sont en vie, le travailleur social doit s'entretenir avec eux séparément et ensemble en vue de s'imprégner de la vie du couple et de l'histoire de vie du patient. Même si les deux parents se sont séparés, dans l'intérêt de l'enfant, il faut réussir à les confronter dans un tel cadre d'entretien. Le travailleur social aura là l'occasion de déceler une éventuelle erreur dans l'éducation du patient et d'amener le couple, sans jugement de valeur, à le reconnaître et à se décider à collaborer franchement.

2-6-3 La thérapie familiale

C'est une thérapie qui réunit le patient, ses parents ou leurs substituts et au besoin ses frères et sœurs. L'objectif visé par le travailleur social est d'apprécier l'ambiance familiale, le mode d'éducation qui prévaut dans la famille, la taille de celle-ci, le rang qu'occupe le patient. Pour favoriser la libre expression, le travailleur social doit les rencontrer ensemble et individuellement. En effet, bien souvent, les parents ne savent pas que les enfants ne se ressemblent pas et que l'éducation doit être personnalisée. C'est au travailleur social de leur apporter cette information afin qu'ils évitent d'appliquer les principes standards de l'éducation.

2-6-4 La thérapie de groupe

Elle consiste en un partage d'expériences, de joies et de peines entre les patients à travers des jeux de rôle, des psychodrames, des exposés, des entretiens. Le travailleur social doit mettre en place un tel

e de parole capable de faire naître entre ses membres, de lutter contre le narcissisme, l'anxiété, l'angoisse et de surmonter les difficultés liées au syndrome de sevrage.

2-6-5 La ludothérapie ou jeux de société

C'est une thérapie axée sur la pratique des jeux de société. Son objectif est d'éloigner l'idée de consommation d'alcool, de réduire les distances sociales entre les malades eux-mêmes, entre ceux-ci et les membres de l'équipe soignante avec qui ils jouent, de briser leur isolement. Le travailleur social doit exhorter tous les patients, notamment les nouveaux, à intégrer les groupes de jeux.

2-6-6 La méditation spirituelle matinale

Il s'agit d'inviter tous les patients, quelle que soit leur conviction religieuse, à une prière matinale. L'objectif visé, loin d'être du prosélytisme, est de raffermir la foi des patients. En effet, il est admis que, les alcooliques, dans leur majorité, ont rompu leur lien avec leur Dieu, quand ils ne l'accusent pas d'être à l'origine de leur état d'alcooliques. Il faut donc, à travers des prières, les réconcilier avec leur Dieu. Le travailleur social doit encourager ces prières qui généralement, consistent en une méditation sur le point de vue des différentes religions sur un thème d'actualité comme par exemple le SIDA.

2-7 La réinsertion et le suivi du malade

2-7-1 La réinsertion du malade

Qu'il soit hospitalisé ou non, le patient doit être réinséré dans son milieu de vie. La réinsertion, considérée comme le « baromètre » de la guérison du toxicomane alcoolique, sera d'autant plus difficile et délicate que la « désinsertion » de ce dernier de son milieu de vie avant sa prise en charge est grande. Dans tous les cas, le travailleur social ne doit pas ignorer qu'il existe un certain nombre d'obstacles aussi bien au niveau du patient sevré que de son entourage.

2-7-1-1 Les obstacles au niveau des patients sevrés

Jusqu'en 2002, le séjour moyen des malades hospitalisés était de trois mois. L'équipe soignante en profitait pour tester la résistance des malades aux tentations à l'alcool à travers une sortie-test. Cette confrontation des malades avec les réalités du terrain permet à l'équipe de savoir si les malades sont prêts ou non à rejoindre leur milieu. Mais en raison des effets de plus en plus aigus de la crise, les patients passent en moyenne un séjour d'un mois voire quinze jours. Ce temps qui correspond tout juste à celui du sevrage physique qui, comme indiqué plus haut, consiste essentiellement en l'administration de médicaments, ne permet pas à l'équipe de mettre en œuvre toutes les activités liées au sevrage psychologique, cet autre volet important de la prise en charge. Conséquence, les malades rejoignent leurs différents milieux occupationnels, psychologiquement et moralement fragiles. Sans compter que généralement, les alcoolos-dépendants sont très susceptibles, se sentent toujours victimisés, stigmatisés, et ils ont une image de soi négative.

2-7-1-2 Les obstacles au niveau du milieu d'accueil

du d'accueil, lui, est malade par l'alcool. Celui-ci a, sinon des antécédents de l'alcoolique. Aussi, les réminiscences peuvent-elles être encore vivaces dans le milieu. On parle alors de co-dépendance. Le travailleur social doit s'atteler à assainir les relations du malade avec son milieu d'accueil. Il s'agit de rééduquer la famille, le milieu scolaire, d'apprentissage ou de travail à réapprendre à vivre avec un ex-patient alcoolique sevré. Ce travail s'avère d'autant ardu que le bref temps d'hospitalisation n'a pas permis de l'entamer. Essentiellement, il doit viser à combattre des préjugés relatifs à la maladie alcoolique que l'entourage considère comme incurable : un alcoolique peut rechuter à tout moment, c'est est un bon à rien, un incapable ; il ne sera plus jamais rentable.

2-7-2 Le suivi

Le suivi des malades et de leur entourage a pour but de prévenir la rechute afin de garantir une réinsertion sociale durable. Le travailleur social qui sait que le sevrage n'est pas une fin en soi, mais un moyen pour les patients d'envisager leur avenir avec sérénité, doit se préoccuper de définir avec les patients et leur entourage un contrat d'accompagnement comportant un objectif de sevrage clair, réaliste et réalisable, c'est-à-dire qui tienne compte du contexte de pauvreté ambiant. Il doit également rechercher avec eux des solutions au quotidien en mettant en place de petits moyens concrets lors des pulsions de prise d'alcool. Il doit leur expliquer le rôle des médicaments qui est essentiellement d'aider les patients à supporter le syndrome de sevrage et insister auprès de l'entourage sur la nécessité pour lui de les accompagner à faire le deuil de leur alcool. Ce qui suppose au préalable qu'il y a une confiance réciproque.

2-7-3 Quelques stratégies pour contourner ou atténuer les obstacles

Avec la crise qui impose aux demandeurs de soins à revenu modeste un bref temps d'hospitalisation, de nombreux obstacles se dressent désormais sur le chemin de la réinsertion sociale des patients sevrés. Ces obstacles qui se présentent comme un véritable défi à relever par le travailleur social, exige de sa part qu'il fasse preuve d'imagination et d'innovation.

Il doit en effet mettre à profit le séjour d'hospitalisation ou les rendez-vous au centre avec les patients non hospitalisés dans le cadre de leur suivi, pour procéder à une véritable rééducation de ceux-ci. Il s'agit de leur expliquer le syndrome de sevrage et comment faire pour en atténuer les effets ; de les aider à identifier leurs déclencheurs et leurs « cravings » et leur apprendre à les éviter. Il doit faire comprendre aux patients qu'ils ne doivent pas hésiter à parler de leurs envies de boire à qui de droit ; ils ne doivent pas se cacher à eux-mêmes ou cacher aux autres leur propre ré-alcoolisation. Ils ne doivent pas penser qu'ils se sont tirés d'affaire parce qu'ils sont abstinents depuis quelques semaines voire des mois, car un petit « essai » peut leur faire prendre douloureusement conscience qu'ils sont désormais devenus « alcoolergiques », c'est-à-dire physiquement intolérants à l'alcool. Il s'agit en définitive d'apprendre aux patients impliqués dans le processus de sevrage, à vivre sans alcool, ce qui suppose une réorganisation de leur vie.

En raison des effets de la crise, le travailleur social ne peut plus effectuer au profit des patients vulnérables, des visites à domicile, sur les lieux de travail, d'apprentissage, à l'école, pour apprécier

ne de ses rencontres au centre avec les répondants des s outiller dans l'accompagnement des patients. Il faut qu'il axe ses efforts surtout sur les familles monoparentales matricentriques, patricentriques et les familles substitutives considérées comme les plus vulnérables. S'agissant des répondants des trois patients enfants de la rue, outre le soutien psychologique qu'il faut leur apporter, il doit les encourager à rechercher les parents biologiques des enfants.

Conclusion

L'accompagnement des patients alcooliques, en temps normal, n'est déjà pas aisé, a fortiori celui des jeunes en temps de crise et de pauvreté. Outre les qualités techniques et professionnelles qui lui sont reconnues traditionnellement, il faut que le travailleur social à son niveau, opère la sublimation des effets la crise, et qu'il soit doté de connaissances psychosociologiques du milieu dans lequel il vit, et en alcoologie. C'est à cette condition qu'il peut espérer obtenir des résultats durables afin de contribuer de façon significative à la réduction du taux de rechutes des jeunes patients alcooliques.

Bibliographie

- Alcoologie et Addictologie, Les conduites d'Alcoolisation, tome 23 Supplément au No 4, Décembre, 2001
- Aubin Henri-Jean., Les thérapies cognitives et comportementales, Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (2) : 157-161.
- Barrucand D., Alcoologie, Riom Laboratoires-Cerm, 1988.
- Barrucand D., Le temps chez l'alcoolique, Bull. de la Société Française d'Alcoologie, 1988 ; 2 : 7-15.
- Barnier B., La réinsertion socioprofessionnelle, Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (2) : 257-262.
- Batel P., Comment évaluer l'accompagnement du sujet alcoolodépendant sevré ? Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (2) : 342-347.
- Boisset B., Levental J-Y., Utilisation des psychothérapies brèves de groupe chez l'alcoolodépendant 2000 ; 22 (1) : 57-64.
- Brou Konan D., Etude des obstacles à la réinsertion sociale des alcooliques en Côte d'Ivoire, Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (3) : 441-446.
- Brou Konan D., Le temps chez l'alcoolique : le cas de Dany, Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (4) : 543-549.
- Brou Konan D., Représentation des alcoolisations et de la maladie alcoolique en Côte d'Ivoire, Revue Africaine de Criminologie, No 2 Décembre, 2005.
- Chapuis R., L'alcool, un mode d'adaptation sociale ? Paris, L'Harmattan, 1999.

d'ivoire, Actes et travaux de la première conférence
au 23 Juillet 1956.

Direction de Coordination du Programme National STEPS/MNT, Enquête sur les facteurs de risque
des maladies non transmissibles, régions sanitaires des lagunes, OMS/ Ministère de la Santé et de
l'Hygiène Publique, Abidjan, 2005.

Fainzang S., Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort : l'alcoolisme, une maladie
contagieuse, PUF, 1994.

Gaussot L., A propos du déni de l'alcoolique. Regard sociologique, Alcoolologie et Addictologie 2000 ;
22 (2) : 113-119.

Gomez H., Garipuy J., Le groupe de parole : référentiel du soin alcoolologique, Alcoolologie et
Addictologie 2003 ; 25 (2) : 125-130.

Guitton J., Justification du temps, PUF, Paris, 1993.

Hanesse B. Quels sont les acteurs et les moyens de l'accompagnement ? Alcoolologie et Addictologie
2001 ; 23 (2) : 212-218.

Huguet M., L'ennui ou la douleur du temps, Masson, Paris, 1987.

Koné M., Kouamé Nø, Socio-anthropologie de la famille en Afrique, Evolution des modèles en Côte
d'Ivoire, Les éditions du CERAP, Abidjan, 2005.

Leclef H., Philippot P., La consommation d'alcool dans le milieu étudiant, Alcoolologie et Addictologie
1999 ; 21 (2) : 421-428.

Menétrey-Savary A.-C., Alcool : la prévention dans l'état du néolibéralisme, Alcoolologie 1999 ; 21
(HS) : 173-178.

Mialon A., L'accompagnement de l'entourage, Alcoolologie et Addictologie 2001 ; 23 (2) : 194-198.

Morenon J., Morenon M., L'alcoolique et l'argent, Alcoolologie et Addictologie 2000 ; 22 (2) : 147-
152.

Navarro F., Godeau E., Vialas C., Les jeunes et l'alcool en Europe, Actes du colloque
interdisciplinaire, Editions Universitaires du Sud, Toulouse, 1999.

ONUDD., Manuel du conseiller psychoaffectif en matière de drogues, ONUDD, Nairobi, 2003.

ONUDD., Compétences de base en conseil et la dépendance aux drogues, ONUDD, Nairobi, 2003.

ONUDD., Motiver les clients au traitement et aborder la résistance, ONUDD, Nairobi, 2003.

ONUDD., Stratégies cognitivo-comportementales et prévention de la rechute, ONUDD, Nairobi,
2003.

Ostermann G., Le soutien psychologique, Alcoolologie et Addictologie 2001 ; 23 (2) : 130-141.

ice, Presse Universitaire de Nancy, 2000.

Assolant F., Baehne F., Faine F., Theodor, publicité et prévention. Le regard des jeunes, *Alcoologie et Addictologie* 1999 ; 21 (1) : 15-24.

Playoust D., Les objectifs de l'accompagnement, *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 119-124.

Porter L., Arif., Curran W.J., La loi et le traitement de la pharmacodépendance et de l'alcoolodépendance, OMS, Genève, 1988.

Randu J. Les mouvements d'entraide, *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 190-193.

Roubini A., Drapier D., Millet B., L'hospitalisation des alcooliques sans leur consentement, *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (2) : 113-115.

Rubi-Mezerette C., Comment organiser l'accompagnement ? (y compris lieu, modalités et durée), *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 271-278.

Vachonfrance G., Les groupes de parole et les autres thérapies de groupe, *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 162-172.