

Un thème : des discussions, des témoignages...

Numéro 4 / mai 2020

# ADDICTIONS OUVRIR LES DIALOGUES

**Avec : les enfants, les conjoints, les familles, les proches, les personnes à comportement addictif, les équipes.**

**Par des Pratiques Systémiques Coopératives dans tous nos contextes.**



## E d i t o

«**Face au silence** que les addictions parfois bruyantes imposent nous proposons d'**ouvrir les dialogues.**»

**Des parents viennent dire comment ils ont sorti leurs enfants atteints de signes d'alcoolisation fœtale de l'inaperçu, in-entendu, de la cécité sur leur destin.**

Ces enfants ont pu ressentir «**enfin Tes yeux me voient**». D'autres enfants pourraient dire ces mots si nous ouvrons le dialogue avec eux, avec les familles, lorsque les parents sont en soin. Enfin «**Des yeux me voient !**», c'est le regard des intervenants, c'est le regard de leurs parents, comme le précise le Dr Françoise GEROT

**L'addictologie sociale et l'addictologie spécialisée** ont-elles des langages pour se parler et s'entendre ? Fabienne POIRIER vient provoquer ce débat.

**Stéphane BUJOLD**, dans la lignée de Guy AUSLOOS, a déjoué les obstacles pour que **parents et adolescents engagés** dans un processus addictif avéré ou en construction **dialoguent**. Sa collègue **Aline GAGNON**, directrice du Havre du Fjord, pratique au quotidien ce travail avec les familles. Conjuguer droit à l'intimité et au soutien. Cette pièce du dossier sera présentée au Congrès des 26 et 27 Novembre 2020 à Saint-Malo.(et sur les ondes)

**Des outils systémiques seront mis à votre disposition.** Ils sont le fruit de parcours initiés de longue date par le Dr Antoinette FOUILLEUL (Vice-Présidente de l'**ANPAA** Nationale) et Jean François CROISSANT

Des outils où **les mots sont plus des fenêtres que des murs**. Les silences enferment et certains mots emmurent. Nos pratiques méritent de s'ouvrir à l'entourage familial et familier des patients.

Les typologies de nos collègues belges et les approches centrées-solutions appliquées au travail avec les familles sont éclairantes. Des boussoles face au déboussolement addictif.

Au plaisir déconfiné de vous revoir, entendre .....

La rédaction

Directeur de la publication : **Jean-François CROISSANT** - Directeur pédagogique de PEGASE PROCESSUS

Rédactrices - (eur) **Françoise GÉROT**, Médecin addictologue dans une unité d'alcoologie en hôpital général. Thérapeute familiale systémique. Thérapeute EMDR. Expérience professionnelle en IME, SESSAD et CMPP. Formée au programme MBRP (prévention de la rechute des addictions basée sur la pleine conscience) et au programme Mindful UP ( Mindfulness pour les enfants et adolescents). - **Fabienne POIRIER**, Educatrice spécialisée, thérapeute familiale systémique, Co-créatrice du centre de thérapie familiale 1, 2, 3 familles à la Roche sur Yon. - **Jean-François CROISSANT**

Mise en page : Céline ROUAULT, Chargée de communication

# Sommaire

<b>C</b> onfinement <b>R</b> estaurer le Dialogue Françoise Gérot .....	4
<b>M</b> AINTENANT <b>T</b> ES <b>Y</b> EUX <b>M</b> E <b>V</b> OIENT ! Françoise Gérot .....	6
<b>M</b> aman, <b>P</b> apa, <b>j</b> e <b>v</b> ous <b>a</b> ime <b>e</b> t <b>j</b> 'ai <b>l</b> a <b>p</b> eur <b>e</b> n <b>M</b> oi Françoise Gérot .....	8
<b>L</b> a <b>r</b> encontre <b>d</b> e <b>l'</b> Alcool <b>e</b> t <b>d</b> u <b>F</b> œtus Pourquoi cela reste-t-il si fréquent dans la vie des enfants, des familles, de la société ? Françoise Gérot .....	10
<b>D</b> éni et troubles neuropsychologiques causés par le mésusage de l'alcool Françoise Gérot .....	12
<b>D</b> e la cécité de certaines exclusions <b>d'</b> en <b>r</b> evoir <b>l</b> e <b>s</b> ens à <b>l</b> a <b>n</b> é- <b>c</b> essité Françoise Gérot .....	13
<b>T</b> rouble du <b>S</b> tress <b>P</b> ost <b>T</b> raumatique et mésusage de substances <b>psychoactives</b> <b>T</b> isser un <b>P</b> résent <b>S</b> écure dans le <b>T</b> emps Françoise Gérot .....	14
<b>L'</b> addiction ! <b>u</b> ne chose trop sérieuse pour être confiée aux seuls addictologues Fabienne Poirier .....	16
<i>mon carnet de Voyages :</i> <b>T</b> ravailler avec les familles en addictologie : des pratiques pour le futur, des racines bien implantées. Jean-François Croissant .....	17



# Confinement

## Restaurer le Dialogue depuis le fond du puits

Travailler en télé-consultation en période de confinement, m'amène à comparer ce que vivent certaines personnes, à un confinement psychique au fond d'un puits. En effet, certaines personnes souffrant d'angoisses massives depuis longtemps, ressentent un insupportable enfermement avec, comme unique échappatoire, une majoration des consommations d'alcool ou d'autres produits, déjà connues pour soulager le confinement de leurs angoisses dans le passé.

L'alcool, vu comme facteur de déconfinement psychique, leur semble une définition adaptée.

Lors de cette crise sanitaire, les angoisses individuelles et collectives, majorées par les bombardements incessants de messages visuels ou autres des médias, ont saturé rapidement les capacités neurobiologiques de nos centres de la peur, générant des réactions biologiques de stress fragilisant en retour les capacités de traitement des informations perçues.

Ceux et celles qui vivaient déjà au fond du puits, ont senti la profondeur du puits s'accroître, avec parfois des rechutes ou des majorations des consommations.

Les télé-consultations sont une aide, un lien tenu parce qu'ils s'y tiennent mais aussi ténu, par sa fine texture en ce qui concerne l'engagement social et ses bénéfices. Certaines personnes ont très peu de tissu social, ne travaillent pas, n'ont pas adhéré à des associations et sont plus ou moins coupées de leurs liens familiaux etc...

Au fil de nos dialogues, il m'est apparu que le confinement avait un effet de restreindre et d'enfermer encore plus le champ de la pensée dans des croyances négatives sur soi, fermant les frontières aux pensées positives. Il coupait les liens déjà fragiles de la bienveillance envers soi-même, majorant leurs profonds sentiments de honte et de culpabilité. Le sentiment de pouvoir être utile pour quelqu'un devenait de plus en plus inexistant.

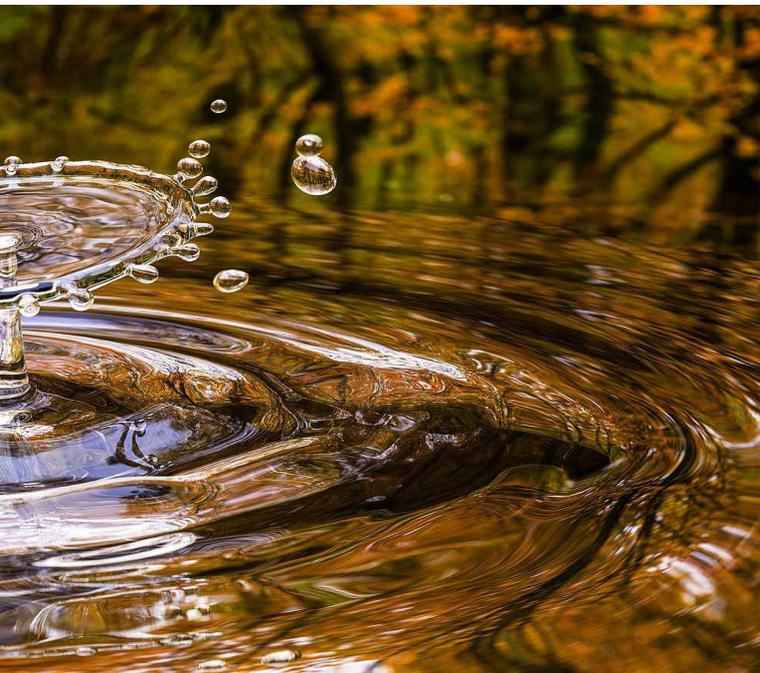


Il fallait, au cœur de ce confinement, pouvoir retisser des liens au pluriel, faire un tissage porteur, tel une étoffe suffisamment soutenante. Pour cela j'avais besoin d'aide pour créer une équipe, leur équipe.

Considérant d'une part que le tissage de nos mémoires et de nos apprentissages guide le sens et les représentations que nous donnons au passé, présent et futur, et que d'autre part, les personnes ne semblaient plus être reliées à de possibles pensées positives pour elles-mêmes, je leur exprimais mon besoin d'aide et d'équipe pour transmettre des messages, tels des liens de soutien, à ceux qui se sentaient confinés et perdus dans des angoisses et la situation actuelle.

### Je leur demandais explicitement de l'aide.

Il y avait alors souvent un silence, mêlé de surprise et surtout de réflexion et la teneur de nos échanges s'en trouvait modifiée...nous étions deux et nous serions plusieurs à chercher. Elles se mirent à explorer au fond d'elles-mêmes, au fond du puits, des ressources pour donner à l'autre. Même si elles ressentaient que ces ressources ne leur étaient pas accessibles, ces ressources avaient un sens pour elles et étaient bien là dans leur façon d'ouvrir les portes pour permettre un mouvement vers une différence positive. Il s'agissait de la mise en mots pour la création d'un meilleur, la possibilité de donner, d'aider, la création de liens.



Je leur demandais également, par respect de la confidentialité des consultations, s'il était possible, ou pas, de signer ces messages, de leur prénom ou d'une autre signature. Toutes, sans exception et sans hésitation, m'ont dit de citer leur prénom, avec parfois une intonation de voix plus solide. **Elles acceptaient d'être nommées dans les forces qu'elles pouvaient transmettre, de signer ces messages positifs.**

**J'ai vu émerger du courage, de la force face à la honte et la culpabilité, la recherche de solutions, des phrases inattendues, l'écoute réceptive du message des autres et la curiosité de savoir si leurs messages avaient été reçus.**

Ces messages ont également permis concrètement de lier leurs mots à leurs besoins sous-jacents et sont devenus ainsi, une base concrète de travail ouvrant vers des voies thérapeutiques ayant du sens pour elles.

**Je pouvais donc les remercier très sincèrement de leur aide et elles acceptaient ces remerciements.**

Pouvoir donner, recevoir, être remercié, être reconnu, retisser des liens, sont des forces indispensables pour sortir du puits, une première étape pour renouer avec la bienveillance envers soi-même.

**Pour participer à cette équipe, j'ai écrit un texte que nous avons partagé et partageons toujours, au même titre que leurs messages. Ce texte, au langage universel des métaphores, parle de devenir cuisinier et tisserand de soi. Il dit ceci :**

*Faire la cuisine avec les saveurs de Soi.*

*Les saveurs de Soi viennent de quelque part.*

*Quelles soient sucrées, salées, sans goût, enfermées dans des boîtes, en miettes, cachées au fond des placards, au congélateur, toutes fraîches, vieilles en fût de chêne ... Les sortir, toutes, sur la table ou le plan de travail, les observer telles qu'elles sont, les cuisiner avec amour, les mélanger, les respirer, les goûter.*

*Aller chercher quelques épices chez le voisin ou au magasin, inventer les moules et des cuissons.*

*Inviter, les aimants et les autres, et partager ce festin unique de saveurs au monde.*

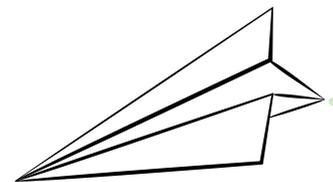
*Puis, rassasié, devenir tisserand, tisserand des fils de Soi, les tissant en liens qui nous attachent, qui nous unissent à l'intérieur de nous, en lien qui nous enveloppent, en liens qui nous attachent aux autres. Faire un tissage, une toile unique, un trampoline en Soi, souple et solide, sur lequel rebondir vers le monde et ... vers notre cuisine...*

**Françoise GÉROT**



# Maintenant tes yeux me voient !

Des lunettes pour voir les familles et ouvrir les dialogues



## Ouvrir les dialogues avec les familles nécessite trois paires de lunettes.

**Une première paire de lunettes**, pour observer ce qui se passe à l'intérieur de nous, dans nos pensées, nos émotions, nos sensations et ce qui en émergera dans nos intentions et nos actions. **Conscience de soi, conscience de l'autre, conscience de nos besoins, conscience des besoins de l'autre**, aident à se relier à ce qui est là et à freiner le processus d'imaginer ou d'anticiper ce qui est là, à la place des personnes et des familles accueillies.

Il s'agit de la paire de lunettes qui demande le travail le plus régulier pour son acquisition. Mais ce coût est gratifiant, car les deux autres paires en deviennent gratuites ou presque. C'est comme ça, lors de

l'acquisition des lunettes.

Travailler avec les familles, sera ensuite aider chacun à se relier à ce qu'il vit, à ce qu'il ressent à l'intérieur de lui, à son pouvoir de traduire cela sous forme de besoins et à l'exprimer. Ce sera permettre à chacun l'écoute, la reconnaissance bienveillante de ses besoins, ainsi que l'écoute et la reconnaissance bienveillante des besoins de l'autre. Ceci équivaut à une étape essentielle d'éclairage et de reconnaissance de la place de chacun, permettant l'ouverture de processus fondamentaux de différenciation, en visualisant des intersections possibles et de réelles différences.

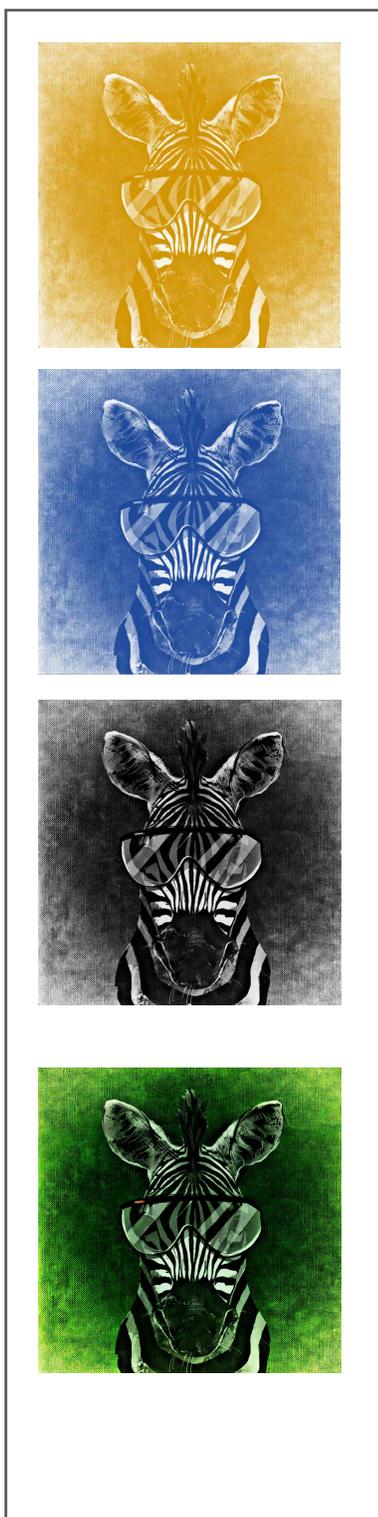
**La deuxième paire de lunettes permet d'observer la personne, d'où elle est dans son présent, son âge, son développement, ses mémoires...** avec une attention toute particulière pour les enfants.

Les enfants sont physiologiquement des éponges émotionnelles, il en a été de même pour les adultes présents lorsqu'ils étaient enfants. Les enfants ont besoin des compétences protectrices des adultes afin d'être écoutés, apaisés, rassurés, protégés. Sans cette protection, ils vont porter de lourdes charges de peurs sur leurs épaules liées à ce qu'ils ont vu, entendu, ressenti et mémorisé via leurs perceptions. Lors de conduites addictives d'un parent, de nombreux enfants expérimentent trop souvent la peur de la perte du parent, et ceci est largement sous-estimé. Il s'en suit précocement un apprentissage de sauver, de porter le parent aux dépens du développement naturel de l'enfant.

« Mais moi aussi je t'ai sauvé parce que je suis là ! »

Oui, il est important lors de ces rencontres, de reconnaître aux enfants ce qu'ils ont traversé et de les remercier d'avoir déjà tant travaillé pour abriter leurs peurs et aider le parent.

Tenir compte du développement de l'enfant, nous invite aussi à équiper ces moments de rencontres, de jouets ou d'objets divers, de papiers et de crayons et de respecter tant que possible le mouvement de l'enfant dans la pièce. L'enfant ira où bon lui semble pour se sentir plus sécurisé et nous pouvons lui faire confiance, où qu'il soit, il aura ses yeux pour voir, ses oreilles pour entendre et son corps pour ressentir. Les enfants sont comme ça. En général, ils n'ont pas besoin d'être équipés des mêmes lunettes que les adultes, des lunettes à 3 foyers seraient beaucoup trop lourdes à porter sur le bout de leur nez, ils sont trop petits, c'est aux adultes de les voir.





**La troisième paire de lunettes, a des verres à vision panoramique permettant d'être en présence avec tout le système ;** ses potentiels, ses interactions, ses rétroactions et ses boomerangs.

Avoir de bonnes lunettes aide d'ailleurs à mieux voir les boomerangs arriver.

Bénéficier d'une vue panoramique du système, nous aide à visualiser les reliefs particuliers des configurations familiales en 3D.

Ainsi, le suivi individuel d'une personne, pourrait ne pas permettre de visualiser de la même façon la configuration familiale, que ne le permettrait l'accueil de la famille telle qu'elle se présenterait. Envisageons par exemple la venue de trois générations de femmes et de jeunes filles, « à huis clos verbaux » concernant les mots évoquant les pères et les grands pères. Un angle de vue panoramique du système nous offrirait alors la possibilité d'inclure progressivement, matériellement, en positionnant des chaises, la présence des grands pères et des pères, afin d'ouvrir des dialogues supposés clos et dangereux et dont les enfants auraient appris implicitement les codes de fermeture, dans le respect d'un détournement des loyautés mais au prix d'un grand vide.

**Convier un enfant,** est déjà un acte qui lui reconnaît une existence, une visibilité dans les difficultés que traverse le système familial. Dès lors qu'un parent ouvre un dialogue avec son enfant, l'invitant à venir à une rencontre, il lui reconnaît sa place, sa parole, dans le système tel qu'il est dans le présent. Il lui légitime une ouverture d'expression de ses ressentis, de ses questionnements, de ses peines et de ses peurs enfermées. Cette ouverture de dialogue fait une différence positive, même si dans certains cas, les rencontres ultérieures ont des difficultés à être organisées pour diverses raisons. Ceci est un point capital, la source de la différence positive est d'abord l'ouverture des dialogues. Les enfants en ont besoin, les adultes aussi, les enfants d'aujourd'hui seront les adultes de demain, les adultes d'aujourd'hui sont les enfants d'hier et bon nombre d'entre eux ont grandi avec trop peu de dialogue et dans la négligence. Je préférerais ne pas avoir à écrire que certains enfants sont les petits parents d'eux-mêmes, et de leurs propres parents. C'est quand même beaucoup pour un petit être.

**Accueillir les familles, les enfants,** ne nécessite pas obligatoirement d'avoir une temporalité de suivi au long terme dans nos plannings. Il s'agit, avant tout, de leur donner une visibilité, d'avoir suffisamment d'angles de vue pour observer, éclairer et guider l'ouverture de certains dialogues fermés depuis trop longtemps. Nous avons vu des situations d'ouverture et d'évolution de dialogue, après seulement une ou deux rencontres.

Ainsi, au fil de ce congrès, nous allons voyager ensemble, au travers de ces lunettes à 3 foyers, en essayant de **vous apporter des outils utiles et l'envie d'en découvrir d'autres,** pour voir et faire venir les familles, les enfants, pour écouter la voix de ces enfants, cette voix du « petit peuple du silence ».

**La bonne nouvelle est qu'avec un peu d'orthoptie et d'entraînement, nous pouvons porter une seule paire de lunettes, à trois foyers.**

**« MAINTENANT TES YEUX ME VOIENT !!! ? »**



des mots pour illustrer ce qui a été écrit précédemment. Le fil conducteur qui permet à un enfant de se sentir à nouveau visible dans ses besoins, peut être guidé par les lunettes des intervenants qui aident la personne accompagnée à s'équiper également d'une vision d'exploration de la réalité des besoins de dialogues au cœur du système. Cela facilite l'écoute de la voix de l'enfant, dès les premiers rendez-vous.

**PS : LES ENFANTS SONT TROP PETITS POUR ORGANISER DES CONGRES**



**Françoise GÉROT**



# Maman, Papa, je vous aime et j'ai la peur en Moi

Maman, Papa,  
Je vous aime et j'ai la peur en moi

J'ai peur Papa quand tu tombes et que tu bouges plus.  
J'ai peur Maman, quand je vais voir la nuit si tu respires.  
J'ai peur quand tu cries fort la nuit, alors je bouge plus dans le lit  
J'ai peur quand les pompiers viennent et qu'ils t'emmènent  
J'ai peur que tu meures.

J'ai peur quand vous criez à table  
J'ai peur quand tu cognes.  
J'ai peur parce que t'es jamais là quand je te parle  
J'ai peur quand je rentre de l'école parce que je sais jamais comment tu vas être

Pourtant, je vide les bouteilles dans l'évier

J'ai peur parce que je suis pas assez sage et que ça te met en colère, c'est de ma faute si vous vous disputez

Pourtant, je fais attention d'être sage

J'ai peur et je partirai pas loin pour pouvoir te défendre, je lui casserai la queue pour te protéger  
J'ai peur que tu meures

Pourtant, j'avais envie de partir pour être gendarme

J'ai peur quand il rentre la nuit dans ma chambre, je bouge plus et je dis rien  
J'ai peur quand vous criez fort et que j'entends les coups contre le mur  
J'aurais dû aller te défendre

J'ai peur que tu meures

Je comprends pas, quand tu dis que je vois rien, parce que je vois bien quand t'as un verre à la main et que ta voix et tes yeux ont changé

J'ai peur que tu sois très malade, parce que t'as failli mourir à l'hôpital

J'ai peur quand tu montes l'escalier en criant, je me cache sous la couette

J'ai peur et j'ai honte quand mes copains viennent à la maison  
J'ai peur et j'ai honte depuis que t'es rentré bourré à l'école

J'ai peur, mais je dis que tout va bien quand je suis avec vous  
Je t'ai sauvé parce que je t'aime !



Maman et Papa,  
Je vous aime et j'ai la peur en moi

J'ai des yeux pour vous voir  
J'ai des oreilles pour vous entendre  
J'ai un corps pour ressentir et vous ressentir

Mais je grandis sans être vu  
Je grandis sans être entendu  
Je grandis sans être ressenti  
Je grandis sans être reconnu  
Je grandis sans être protégé

Maman et Papa,  
Je vous aime et j'ai la peur en moi

Je me construis dans l'insécurité  
Je me construis dans la négligence  
Je me construis dans votre absence  
Je me construis dans les silences bruyants  
Je me construis dans la violence sidérante  
Je me construis dans le chaos

Je me construis sans savoir qui je suis

## Le Petit Peuple du Silence



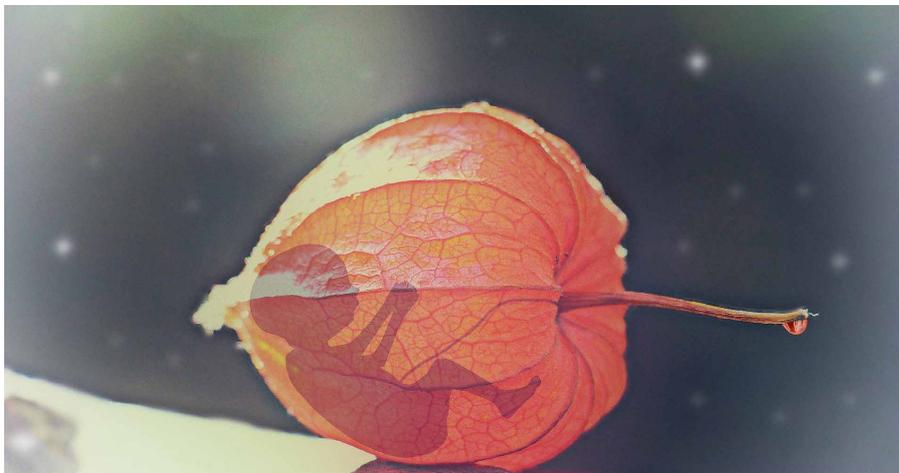
Françoise GÉROT





# La rencontre de l'Alcool et du Fœtus

L'alcoolisation fœtale représente la première cause non génétique en France, de déficience mentale et/ou d'inadaptation sociale. Au minimum, 8000 enfants sont atteints par an. Les ETCAF constituent l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale.



L'alcoolisation fœtale ne nécessite pas que la mère soit dépendante à l'alcool, il s'agit bien d'une rencontre entre le produit Alcool et l'Embryon puis le Fœtus.

L'alcoolémie du fœtus est égale à l'alcoolémie de la mère, l'alcool est aussi présent dans le liquide amniotique et sera dégluti par le fœtus quand il en aura la capacité. Le fœtus ne peut dégrader l'alcool comme un adulte, du fait de l'immaturation de son foie.

L'alcool est tératogène, c'est-à-dire qu'il entraîne des malformations. Pendant la majeure partie du premier trimestre se déroule la formation des différents organes mais le cerveau continuera de se former dans son architecture et sa future fonctionnalité, pendant toute la grossesse. L'alcool sera donc très toxique pour le cerveau durant toute la grossesse. Le handicap principal dans la vie quotidienne, sera secondaire aux conséquences définitives de l'alcool au niveau cérébral.

À la naissance, certains enfants font un sevrage avec les mêmes signes que le sevrage de l'adulte voire un delirium Tremens, car ils sont sevrés d'alcool à la coupure du cordon ombilical. Cela suppose alors que la mère de l'enfant consommait de façon régulière durant cette période de la naissance. Des consommations d'alcool à distance de la naissance ne donnent pas de syndrome de sevrage à la naissance, mais n'exclut aucunement des lésions cérébrales chez l'enfant.

Le tableau le plus complet s'appelle le SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale. Il associe différents signes, tels une dysmorphie particulière du visage, un retard de croissance, des troubles du développement du cerveau responsables de TNDLA (Troubles Neuro Développementaux Liés à l'Alcool). Différents organes peuvent être malformés.

En dehors de ce tableau sévère du syndrome d'alcoolisation fœtale, les conséquences sur l'enfant des alcoolisations pendant la grossesse, ne sont pas toujours facilement identifiables à la naissance et la souffrance cérébrale liée à l'effet toxique de l'alcool sur le plan neurologique, s'exprimera lors du développement de l'enfant puis dans sa vie d'adulte.

Enfin, des troubles du développement de l'enfant, d'expression semblable, peuvent faire aussi partie de diverses difficultés ou « pathologies » autres, non liées à des alcoolisations pendant la grossesse et nous touchons là une grande difficulté de reconnaissance

des enfants atteints par des séquelles d'alcoolisation fœtale.

À une quantité égale d'alcool, les lésions pourront être différentes d'un enfant à l'autre. Les lésions vont dépendre de la sensibilité du fœtus, de la quantité d'alcool ingérée et du stade de grossesse, de la fréquence des consommations, de l'âge maternel et des capacités de la mère à métaboliser l'alcool.

25 cl de bière à 5 degrés ou 10 cl de vin à 12 degrés ou 3cl de whisky, amènent la même quantité d'alcool au fœtus.

La prévention et la connaissance des alcoolisations pendant la grossesse restent des facteurs fondamentaux pour prévenir et aider l'accompagnement de ces enfants et de ces familles. Cette connaissance permet de faire une différence positive : accompagnement des mères, arrêt de l'alcool, surveillance précoce...

« Un verre de moins, une chance de plus » témoignait un père dont l'enfant était atteint.

Plus les dialogues seront ouverts sans jugement pendant la grossesse, plus la surveillance de l'enfant sera précoce, plus les accompagnements seront adaptés et plus l'enfant aura des chances d'être aidé par les formidables capacités de neuroplasticité du cerveau surtout dans les premières années de sa vie.

Beaucoup de ces enfants ont un QI qui n'est pas évocateur d'une déficience mentale, mais les troubles d'adaptation sociale et de nombreuses autres difficultés seront bien présents au quotidien, ce qui génère des incompréhensions de la part des adultes. La méconnaissance de ces enfants et de leurs troubles entraîne souvent des conséquences éducatives inadaptées dans les divers milieux où évolue l'enfant, et ne font que majorer les troubles et traumatiser l'enfant.



## Pourquoi cela reste-t-il si fréquent dans la vie des enfants, des familles, de la société ?

Qu'est supposé questionner cette interrogation «vous buvez ?», pour celui qui la pose et pour celui qui va y répondre. « Boire » a une sémantique différente selon les contextes. « Vous buvez ? » : veut dire quoi et surtout, veut dire quoi pendant la grossesse ? GROSSESSE= ZERO ALCOOL

Projet à court terme de débiter une **GROSSESSE= ZÉRO ALCOOL**

La connaissance des risques de l'alcool sur le fœtus est très ancienne. Dans l'ancien testament, un passage mentionne déjà les méfaits de l'alcool : un ange parle à la mère de Samson afin de lui dire « Tu es stérile et tu n'as pas eu d'enfant ; mais tu vas concevoir et enfanter un fils. Désormais, fais bien attention : ne bois ni vin ni boisson forte et ne mange aucun aliment impur » (Livre des Juges, chapitre 13,3,4{3}). (\*)

Il aurait aussi été intéressant d'inviter Aristote à ce congrès, Aristote relatait ainsi les effets de l'alcool sur la descendance : « les femmes imprudentes ivres, et écervelées engendrent souvent des enfants comme elles, moroses et languissants » (\*). Phrase ouvrant de nombreux débats... et qui n'inciterait pas les femmes ayant un mésusage d'alcool à ouvrir le dialogue. Ces mots sont-ils si loin de certaines représentations individuelles ou collectives ?

Nous sommes en présence de différents angles de vue éthiques, moraux, concernant les représentations des femmes, des mères et de l'alcool. Nous sommes aussi probablement face à des peurs et parfois à de l'incompréhension, de la méconnaissance ou de la cécité qu'un produit de consommation courante et commune puisse atteindre l'enfant pendant cette période que symbolise la grossesse.

Il faut beaucoup de courage aux mères pour ouvrir les dialogues à ce sujet, le fardeau de la culpabilité est très lourd à porter. « J'ai bu pendant mes grossesses » avait le courage de témoigner une femme à un journal télévisé, « je ne savais pas, je le croyais à l'abri dans son cocon ».



Campagne Zero Alcool pendant la grossesse

Des enfants adoptés peuvent également présenter ces troubles et le diagnostic peut être difficile quand le tableau est incomplet et qu'il n'y a pas suffisamment de connaissance sur la période de la grossesse.

Nous sommes tous concernés, hommes et femmes, par l'importance de la transmission de cette connaissance et c'est probablement la méconnaissance de ce qui se passe réellement au niveau du cerveau lors de l'alcoolisation fœtale ainsi que nos propres représentations, peurs et jugements qui entravent le plus le dialogue au détriment de ces enfants.

Je fais l'hypothèse qu'intégrer cette connaissance au même titre que toutes les mesures préventives que nous enseignons patiemment aux enfants, comme regarder la route avant de traverser, est une des pistes les plus fiables pour consolider précocement cette connaissance dans les mémoires intégrées au fil du temps depuis l'enfance. Nous poser la question individuellement et collectivement du bien fondé de cette hypothèse, nous éclairera dans nos réflexions et nos représentations de l'alcoolisation fœtale, soit pour valider cette approche préventive, soit pour envisager d'autres mais pour continuer de réfléchir à une différence positive.

Françoise GÉROT

**Référence (\*)** Année Universitaire 2014 / 2015 Faculté des Sciences Pharmaceutiques Université de Lille 2 et Biologiques de Lille THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le Par M. BOY Mathieu LE SYNDROME D'ALCOOLISME FŒTAL Membres du jury :  
Président : M. GRESSIER Bernard, Professeur de Pharmacologie, Faculté de Pharmacie de Lille 2 Assesseur(s) : M. DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie de Lille 2 Membre(s) extérieur(s) : Mme Hornstein-Pailleux Annie, Docteur en Pharmacie

**Référence des liens :**

<http://safrance.com/>

<http://vivreaveclesaf.fr/>



# « Dénier et troubles neuropsychologiques causés par le mésusage de l'alcool »



Dans le mot Dénier, il y a l'intonation d'un refus de reconnaître ou de prendre en compte la réalité.

Le jugement, la colère, l'abandon peuvent se manifester chez les proches ou dans certains accompagnements, lorsque le Dénier est considéré conscient voire volontaire.

Le Dénier peut être vu comme un mécanisme de défense, protecteur d'une réalité.

Le Dénier peut être...

«Être dans le Dénier », est souvent synonyme d'une fermeture de dialogue, puisqu'alors... « on ne pourra rien faire tant que .. ». Cette conclusion est cependant parfois précipitée et liée aux difficultés, à l'inquiétude, au ressenti d'impuissance et d'incompréhension de ne pouvoir aider la personne.

Chacun peut mettre un sens au mot Dénier, qui correspondra à ses perceptions et à ce qu'il a appris ou compris.

L'éclairage des neurosciences, nous apporte cependant de nouvelles connaissances qui pourraient nous inciter à quelques précautions d'emploi du mot « Dénier » dans certaines situations cliniques.

L'alcool est un puissant toxique pour le système neurologique, dont le cerveau. Le mésusage chronique d'alcool entraîne des troubles neuropsychologiques durables, qui sont responsables à leur tour d'un puissant engrenage qui entrave le maintien de l'abstinence. Ces troubles entraînent une altération des perceptions de la réalité, interfèrent avec le travail sur les mémoires et l'intégration de nouvelles connaissances, altèrent les perceptions du langage non verbal et modifient les interactions. Il s'agit d'une spirale insidieuse, peu reconnue comme conséquence neurologique, dépassant le cadre de la volonté et conduisant à une perte du contrôle des consommations.

Ces troubles neurologiques font partis de troubles cognitifs et altèrent en effet les capacités dites de flexibilité mentale, d'adaptation, les capacités d'inhibition, de planification, de stockage et de récupération des informations vécues ainsi que leur contexte spatio-temporel. Elles entravent la distance d'observation de la réalité, la prise de décision. Elles entraînent des difficultés de reconnaissance des émotions faciales et troublent les capacités d'empathie.

Elles auront également en conséquence pour la personne, une surestimation sincère des possibilités de maintenir l'abstinence.

L'imagerie cérébrale est en corrélation avec ces signes cliniques. Le volume des différentes structures cérébrales impliqués dans ces troubles est diminué et les circuits neuronaux connectés entre ces structures sont également atteints.

Certaines études montrent que plus de la moitié des patients en service d'addictologie présenteraient des troubles altérant significativement leur fonctionnement cognitif.

Posons-nous alors la question de savoir si ces troubles ne sont pas parfois assimilés à du déni, au risque sinon de fermer de possibles pistes d'amélioration.

Une réversibilité des troubles est longtemps possible mais demande une abstinence d'au moins un an avec un accompagnement en réhabilitation cognitive (neuropsychologue), un suivi psychologique et social, des traitements médicamenteux.

La récupération progressive des atteintes neurologiques permettra la récupération progressive des signes précédemment cités et restaurera ainsi un nouvel accès vers l'autonomie et les compétences de ces personnes.

Il paraît indispensable d'inclure l'entourage dans cette compréhension. Ce focus d'approche éclairante des neurosciences est un tiers aidant pour le travail après des familles et avec les enfants. Expliquer très simplement en quelques notions, quelques mots et quelques dessins, les effets de l'alcool sur le comportement et les relations, restitue à la personne son identité à distance du produit et diminue la culpabilité, les sentiments d'impuissance et d'incompréhension de l'entourage.

Ignorer cela, c'est placer la personne dans une situation d'impuissance, de culpabilité, de « pas de volonté », alors qu'elle est puissamment entravée dans ses capacités d'autonomie d'amélioration et que nous sommes hors du cadre d'une simple question de volonté.

Ignorer cela, c'est rester confronté à deux perceptions du présent sans communication possible, pouvant générer beaucoup de souffrance, de tension, de colère, de rejet et certaines formes de violences.

Françoise GÉROT

## Référence

*Alcoologie et Addictologie*.2014 ;36(4) :335-373



## « De la cécité de certaines exclusions à la né-cessité d'en revoir le sens »

Contrats ou règlements sont indispensables au fonctionnement de groupe en institution pour qu'une cohabitation respectueuse et sécurisée soit assurée.

Nous pourrions envisager l'un des sens des règlements, comme une structuration des forces en présence pour assurer une stabilité de cohabitation.

Nous évoquons dans un autre article les troubles neuropsychologiques liés au mésusage de l'alcool. Ces lésions neurologiques induites par l'alcool sont une donnée objective et méritent réflexion quant à leur influence sur le respect des règlements.

Ce qui pourrait être nommé, résistance au changement, manque de motivation, déni, irrespect des règles, des contrats de soins, rechute par manque de volonté... est très souvent une traduction de troubles neuropsychologiques compliquant les processus thérapeutiques.

Nous pouvons alors réfléchir ensemble, aux sujets de certaines mesures, d'exclusion et de renvois pouvant être incluses dans les contrats de soin en cure ou postcure, notamment en cas d'alcoolisation. Si toutes les personnes sont certes différentes, il n'en reste pas moins un fait indiscutable : les troubles neuropsychologiques induits par l'alcool et/ou d'autres toxiques, peuvent engendrer de réelles difficultés neurocognitives responsables de difficultés dans le respect des règles d'un contrat.



La difficulté du « respect du contrat » stricto sensu, est encore majorée pour les personnes atteintes de séquelles d'alcoolisation fœtale. Rappelons que l'alcoolisation fœtale est la première cause en France, de déficience mentale et/ou d'inadaptation sociale d'origine non génétique. Les lésions cérébrales constituées in utero sont irréversibles, créant des troubles des fonctions exécutives, des difficultés d'adaptation sociale, un rapport difficile avec la loi, des difficultés à prendre conscience de ses actes, à faire des relations de cause à effet et à les mémoriser, des addictions plus fréquentes.

Des personnes accueillies en service d'addictologie souffrent de ces séquelles sans que cela soit reconnu. Des études précisent que ces personnes posent des problèmes spécifiques lors des soins en addictologie : troubles addictifs sévères, ivresses compliquées, troubles du comportement avec retentissement social, familial et judiciaire et qu'elles pourraient relever d'une adaptation des structures de soins qui tiendrait compte de leur handicap.

### Ce que nous proposons est-il adapté aux possibilités actuelles de la personne ?

Observons en quoi les mesures d'exclusion, incluses dans certains contrats, sont adaptées aux réelles difficultés des personnes accompagnées, en quoi ces règles apportent-elles une différence positive dans l'accompagnement ? Pourrions-nous réfléchir à des solutions intermédiaires face à la réalité des troubles neurocognitifs, des solutions à l'intersection de l'équilibre entre la vie institutionnelle, la vie de groupe et l'individualité de la personne ?

Que reproduisons nous, que renforçons nous au travers de ces exclusions, que la personne ne connaisse déjà ? Quelles en sont les conséquences sur l'estime de soi, la honte, les croyances personnelles négatives sur soi, portées par la plupart depuis l'enfance ?

Avons-nous connaissance du système environnemental et familial dans lequel retourne la personne après ces exclusions ?

Avons-nous rencontré l'entourage, le conjoint, les enfants ? N'oublions pas que les enfants d'aujourd'hui seront les adultes et les parents de demain, n'oublions pas dans les familles les enfants déjà parentifiés, les enfants transparents des systèmes familiaux en souffrance.

Quelles conséquences pour les relations intra-familiales de « ce nouvel échec », sinon souvent le renforcement d'un fonctionnement déjà bien connu, la croyance que le proche manque de volonté, est dans le déni et un sentiment familial d'impuissance et d'incompréhension.

Comment nous serait-il possible de baser les contrats sur des objectifs concrets et réalisables tenant compte de la singularité, des possibilités de chacun, et surtout de la temporalité des améliorations dans le cadre de la récupération ou pas, des troubles neuropsychologiques ?

**Chaque évènement contrariant... le contrat et les réactions qui s'en suivent, pourraient être un élément de compréhension et de connaissance de l'autre, de notre travail, de notre institution et aussi de nous-même.**

**Un challenge humaniste.**

Françoise GÉROT

### Référence

*Alcoologie et Addictologie*.2014 ;36(4) :335-373



# Trouble du Stress Post Traumatique et mésusage de substances psychoactives - Tisser un Présent Sécure dans le Temps

## TSPT - TPST



La grande Métamorphose - Timothy Archer - 2017

Rencontrer des personnes en addictologie nous met devant le constat qu'un certain nombre d'entre elles ont vécu une enfance dans un milieu à dysfonctionnement familial, confrontées à de la négligence, un attachement insécure, une imprévisibilité de l'état du parent, de nombreuses peurs non identifiées par les adultes, de violentes disputes parentales, de la violence verbale, physique, des humiliations... Certaines se sont construites au travers de processus de parentification et restent dans des loyautés qui les emprisonnent. Des traumatismes répétitifs vont heurter de plein fouet la trajectoire du développement de l'enfant, constituant des traumatismes dits complexes, générant des syndromes de stress post traumatique, avec des conséquences sur la vie de l'enfant puis de l'adulte.

Des traumatismes survenant à l'âge adulte peuvent aussi être responsables de trouble de stress post traumatique (TSPT), renforçant souvent des traumatismes déjà mémorisés

Toutes ces situations vont constituer un facteur de risque

pour le mésusage de substances psychoactives.

Ceci est confirmé par les études rapportant que le trouble lié à l'usage de substances illicites constituerait, après la dépression, le second trouble associé au TSPT, et que les personnes souffrant de symptômes en lien avec un événement traumatique subi pendant l'enfance, avaient une plus forte probabilité de développer une toxicomanie que les autres (1).

Non seulement plus de la moitié des personnes présentant un trouble de l'usage de substances, souffriraient d'un trouble de stress post traumatique, mais les usagers de substances seraient également plus susceptibles de développer un TSPT ou des troubles associés suite à l'exposition à un événement traumatique, du fait de l'impact des substances sur le fonctionnement neurobiologique de la personne (2). L'hypothèse d'une automédication pour moduler la souffrance émotionnelle est souvent avancée (1), (2), et ne fait que confirmer ce que nous constatons lors de nos accompagnements.

La considération d'un possible TSPT est indispensable si l'on veut

accompagner la personne dans son souhait de diminuer ou d'arrêter les substances, du fait que l'arrêt du produit risque de la laisser de nouveau confrontée à une gestion émotionnelle trop difficile.

Identifier l'existence d'un TSPT, ne signifie pas une confrontation directe et centrée sur ces traumatismes, si ce n'est bien sûr l'écoute bienveillante des maux et de l'expression des émotions. Différentes approches thérapeutiques peuvent être proposées pour aider la personne à émerger de l'emprisonnement post traumatique, cependant, nous savons que l'accès aux thérapies n'est pas toujours facile pour diverses raisons, financières ou autres.

**Il est alors une base fondamentale de travail pour nous tous, intervenants, qui est celle de rassurer « le cerveau émotionnel » et de retravailler les possibilités d'attention sur le présent sécure, ce qui aidera à calmer en retour les émotions et contribuera à reconstruire de nouveaux rapports au monde... et de nouveaux circuits neuronaux.**



Ce travail passera par les voies de la stabilisation émotionnelle et celles de l'attachement sécure, en explorant toutes les voies possibles d'apaisement et de diminution du stress.

De nombreux «outils» maintenant mieux connus sont envisageables, comme la méditation, la cohérence cardiaque... mais il faudra en priorité se munir de l'outil important qu'est la connaissance de la personne et de son entourage, pour explorer ce qui est possible et fonctionnel dans le système présent. Connaître les valeurs auxquelles la personne est reliée, ce qui lui apporte du plaisir, de la stabilité et de la protection. Rassurer le Présent en restaurant autant que possible un Présent Sécure. Connaître également le niveau de sécurité de l'entourage, car essayer de stabiliser une personne qui est réactivée sur le plan traumatique dans son entourage n'est pas annonciateur de stabilité.

Tout ce qui fera sens pour la personne et expérimenté en tant qu'attachement sécure, bienveillance, stabilité, observation des besoins, écoute active... ,



sera autant de chances pour progresser vers des liens sécurisants et de nouveaux attachements. Cela diminuera les réactions de stress chronique invalidantes et toxiques sur le plan neurobiologique et pour l'équilibre globale de la personne. Liens sécurisants et attachement sécure entraînent des réactions neurobiologiques à leur image au niveau des neurones, c'est-à-dire des liens et de l'attachement dans de nouveaux réseaux neuronaux ! Les sécrétions excessives d'hormones de stress, dont le cortisol, sont une réponse de l'organisme au stress et elles induisent en retour un sur-traumatisme neuro-anatomique par les lésions qu'elles entraînent notamment au niveau du cerveau.

S'occuper de la stabilisation émotionnelle s'allie également à la nécessité de poser un cadre.

Apporter une sécurité, c'est aussi permettre à la personne d'être suffisamment informée de ce qui se passe et de ce qui la concerne, afin de veiller à ne pas reproduire des dysfonctionnements relationnels qui ont déjà fait traumatisme dans l'enfance. Intégrer une réelle présence des personnes, dans la personnalisation des accompagnements, dans les réunions de synthèses par exemple, font respirer les dialogues et les loyautés de chacun.

C'est bien la continuité et la répétition de cette sécurité dans le temps qui sera aidante. La répétition est l'élément clef de nouveaux apprentissages si l'on veut en espérer des fonctions réparatrices. Enfin, connaître nous aussi, notre niveau de sécurité en tant qu'intervenant et en tant qu'institution, aide à la distance d'observation et aux accompagnements plus «sécure» pour tous.

*Françoise GÉROT*

### Référence

1: Lecigne, M., & Tapia, G. Trouble de stress post-traumatique et trouble lié à l'usage de substances illicites: le rôle médiateur des schémas précoces inadaptés. *Pratiques psychologiques* (2016)

2 : *Alcoologie et Addictologie*. 2019 ;41(51) :215-315

## Focus 12<sup>ème</sup> CONGRES INTERNATIONAL Vents d'ouest

Les 26 et 27 novembre 2020, à St Malo explorons ensemble, avec les boussoles de chacun, le vaste territoire des pratiques relationnelles systémiques et coopératives pour aider les usagers, les enfants, leur entourage et les intervenants.

Nous cheminerons ainsi pour mieux comprendre la dynamique des addictions, l'impact des traumatismes de chacun, l'importance de la sécurité et de la considération des ressources, afin de créer une alliance de dialogue porteuse d'espoir pour les systèmes suivis et leurs intervenants.

Retrouver plus d'information sur notre site internet : [www.pegaseprocessus.fr](http://www.pegaseprocessus.fr)

Déroulé des journées, présentation des intervenants et des interventions, informations pratiques ...



# L'addiction !

## une chose trop sérieuse pour être confiée aux seuls addictologues

*Ce titre pastiche de la célèbre phrase de Clémenceau en 1887 : « la guerre ! c'est une chose trop grave pour être confiée à des militaires » est une invitation à penser le soin en addictologie comme un espace nécessairement ouvert aux non spécialistes.*

J'ai coutume de dire aux familles que j'accompagne en CSAPA que de même qu'il n'y a pas qu'une façon de rentrer dans une problématique addictive, il n'y a pas non plus qu'une seule façon de s'en sortir. J'ajoute en général que nous allons chercher ensemble quelle va être leur propre méthode. L'addiction est une problématique multifactorielle tant dans ses causes que dans ses conséquences. Un travailleur social y verra peut-être la question d'un accès difficile à l'emploi, un médecin un traitement mal équilibré, un psychologue un deuil non effectué, un thérapeute familial une organisation familiale rendant la différenciation difficile etc.... Chacun aura probablement raison de son point de vue, qui, rappelons-le, n'est que la vue d'un point ! C'est une des raisons qui fait que l'addictologie ne doit pas être uniquement confiée aux addictologues.



Consciente de cette réalité l'équipe du CSAPA dans lequel je travaille comme thérapeute familiale a souhaité mettre en place des ateliers d'échanges de pratiques à destination des professionnels de la relation d'aide.

Ces ateliers ont été intitulés : **Pe(a)nsions ensemble l'addiction.**

Trois thèmes ont été retenus pour ces temps d'échanges :

- **Le déni n'est-il que du côté du patient ?**
- **Je t'aime moi non plus ! du patient ?**
- **Pourquoi tout rechute quand tout va mieux ?**

Ces ateliers ont rencontré un véritable écho parmi les professionnels venant d'horizons très différents : professionnels du judiciaire, infirmiers travaillant en libéral, travailleurs sociaux exerçant dans le secteur de l'insertion etc... cet écho nous a surpris par son ampleur et par les secteurs d'activités des inscrits qui se sont sentis concernés par ces thèmes. Il semblerait que les professionnels aient besoin de repères et de soutiens quand ils sont amenés à travailler avec une personne en situation de conduite addictive. Ils sont souvent la personne de référence, celle qui est choisie ou imposée comme aidante quel que soit la nature de l'aide, celle qui est « aux premières loges », en proximité, celle à qui l'on fait confiance. A travers ces ateliers nous souhaitons qu'ils s'outillent davantage pour mieux accueillir et accompagner autour de cette problématique. La plupart des personnes souffrants d'addiction ne mettra jamais les pieds dans un CSAPA et pour autant la plupart d'entre elles iront mieux car elles auront été accueillies comme des Personnes, entendues dans leurs souffrances et soutenues dans

la mise en place de leurs solutions. Pour tout cela être addictologue n'est pas nécessaire.

Pour autant l'addictologie en tant que domaine de recherche sur les problématiques addictives a des informations à transmettre sur les mécanismes de l'addiction. Par exemple, il peut s'avérer utile d'accompagner les professionnels à regarder la rechute comme l'étape d'un processus qui n'est pas un retour au point zéro. Fort de ce regard ils sauront alors mieux soutenir les personnes aux prises avec une conduite addictive afin qu'elles utilisent cette étape comme une expérience supplémentaire utile à leur développement et non pas comme un échec qui viendrait renforcer les sentiments de culpabilité et de honte.

C'est dans l'échange entre spécialistes et non spécialistes, dans ce dialogue à construire et à entretenir que la personne ayant une conduite addictive pourra mobiliser ses propres ressources et ainsi faire ses propres choix pour un avenir satisfaisant pour elle.

Fabienne POIRIER



**Travailler avec les familles en addictologie : des pratiques pour le futur, des racines bien implantées.**

**des découvertes progressives et un immense paysage**

**Des boussoles pour s'orienter et de clés pour ouvrir des dialogues**



# mon carnet de Voyages

*De la Bretagne au Québec en passant par Amiens  
de 1975 à 2020*

*des pratiques de groupes constantes  
auprès des patients puis auprès des patients et de leurs familles.*

*Jean François Croissant*

*Psychologue clinicien thérapeute familial  
Formateur et superviseur en alcoologie, thérapie familiale  
systémique et thérapie centrée-solutions*





## Entre Amiens et Plouguernével : le voyage d'une idée simple

Septembre 1974.

Mon médecin-chef le Dr Guy Robert, qui a ensuite apporté un soutien indéfectible et permanent à l'implantation de pratiques innovantes en addictologie, nous a convié : un infirmier psychiatrique expérimenté Jean Bertho et moi jeune psychologue en exercice depuis un an, donc inexpérimenté à une formation à l'**AREAT** (à Amiens), avec des formateurs de l'OPTAT en tête d'affiche (Organisme pour la Prévention et le Traitement de l'Alcoolisme et autres Toxicomanies au Québec).

Cette formation initiale était d'emblée ouverte à la fois aux professionnels et aux bénévoles des mouvements d'entraide. Elle intégrait l'expérience de formation acquise par les québécois de l'Optat en matière de traitement et de prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies et des apports de figures de l'alcoologie française.

Le message que nous avons retenu, en plus d'un enthousiasme qui ne m'a pas quitté depuis :

**travailler avec les groupes .**

## Route Nationale 164 : une révolution derrière les murs

Février 1975.

Hôpital psychiatrique de Plouguernével : nous avons animé avec mon collègue infirmier Jean Bertho, à l'initiative du médecin-chef de service le Dr Guy Robert, notre premier groupe avec des patients alcooliques hospitalisés. J'avais 23 ans.

Les patients de cette première année de groupe nous ont dit : **on a des familles** et ils nous ont convaincus que nous devions en faire quelque chose.

Cette idée que les patients ont des familles avait franchi les murs et elle n'est pas tombée dans l'oreille de sourds, Mon collègue infirmier, dont l'épouse tenait un café-tabac, connaissait bien les familles de leurs clients ; le médecin-chef qui avait appris de ses relations avec la Croix d'or en Normandie à faire confiance aux idées des patients et moi qui avais grandi au sein d'une famille affectée par le processus addictif, j'étais réceptif.

L'année suivante.

Quand nous avons proposé cette modalité de groupes « d'éducation thérapeutique » (comme on la décrirait aujourd'hui) progressivement à tous les patients de la file active du service (environ 600 personnes par an). Ils nous ont dit : **nous ne vivons pas tout seul, et leurs proches se manifestaient** : en prenant des nouvelles, en nous disant de ne rien révéler de ce qu'ils nous transmettaient ou encore en rendant assidûment visite...

Alors nous avons repris la lettre que le Dr Pierre Fouquet avait écrite en 1951 à l'intention des conjoints des patients hospitalisés, dans son fascicule de « lettres thérapeutiques » et nous la leur communiquions.



## 1977.

Le Dr Guy Robert a réalisé cette idée que nous avons de faire **une réunion pour les familles ou plutôt pour les patients et leurs familles, après leur sortie de l'hôpital.** Cette réunion dominicale et trimestrielle a eu d'emblée un immense succès entre 120 et 200 personnes à chaque fois : des conjoints, quelques enfants, des frères et sœurs, des parents et quelques rares familiers (un employeur ou encore des amis) et quelques bénévoles de mouvements d'entraide, avec qui le Dr Robert entretenait des rapports étroits de coopération.

Des échanges où la parole était donnée aux patients et à leurs proches qui n'hésitaient pas à nous témoigner de la gratitude, mais aussi à nous faire des critiques sur nos façons de faire. Un excellent moyen d'accélérer notre formation et de questionner nos pratiques.

*Difficile dès lors de soustraire de notre champ de compréhension et d'action cette réalité vivante, que constituent les relations avec les familles et les familiers, **puisque'ils étaient en dialogues avec nous et entre eux.***

### De Plouguernével à Baie-Comeau (Québec)

#### Route 138 et Boulevard Blanche : L'ouverture aux thérapies familiales

### Décembre 1977 à Avril 1979.

Ce séjour de seize mois au Québec dans un Centre de réadaptation en Toxicomanies, pendant 16 mois comme psychologue, m'a estomaqué et mis en face de pratiques que ma formation Universitaire n'avait pas seulement évoquées.

A l'initiative de Candide Beaumont, **les conjoints des patients** pouvaient participer pleinement et activement, en accord avec le patient, à toutes les activités cliniques pendant une ou deux semaines sur les trois du séjour de « réadaptation ». J'étais face à des couples dans mon bureau et ma piètre expérience était compensée par la qualité et l'expérience de l'équipe. En dehors des consultations individuelles, des entretiens en couple, les activités de groupe se succédaient tous les jours. Et puis il y avait cette à priori de confiance envers les patients, une contractualisation plutôt qu'un contrôle externe, mais sans dualisme : confiance **et** contrôle. Ce qui impliquait un ajustement relationnel et émotionnel régulé en équipe. Le travail avec les couples était lui aussi soutenu par nos réunions cliniques bi-hebdomadaires.

Difficile dès lors de considérer cette réalité relationnelle vivante que constitue la relation conjugale comme une variable secondaire de la compréhension et de l'action thérapeutique.



## De Plouguernével à Larmor-Plage : ma première formation en thérapie familiale Route Départementale 790 pendant cinq ans

1978 -1983

Dès mon retour en France, à Plouguernével, j'ai entrepris de me former aux pratiques de thérapie familiale systémique à An Oriant (Larmor-Plage) l'heureux hasard a voulu qu'il y ait un formateur québécois qui avait contribué à l'essor des thérapies familiales au Québec : Frédéric La Belle, et une diversité de formateurs bretons, j'ai ainsi maintenu un lien entre deux cultures.

### En France

L'AREAT m'avait offert Daniel Guéguen et le Dr Jean Rainaut pour guider mes premiers pas de formateur et pour construire mon identité d'alcoolologue,

### Au Québec,

par l'intermédiaire de Candide Beaumont et de Frédéric La Belle c'est la porte des thérapies familiales systémiques qui m'a été ouverte et depuis à bien d'autres chemins. J'ai fini, à force de les pratiquer depuis 1975, par assimiler les pratiques de groupe, et je continue de me considérer comme en apprentissage comme addictologue et thérapeute familial.

Il m'a fallu régulièrement abandonner, comme d'autres qui acceptent les remises en cause, des certitudes provisoires pourtant clairement affirmées. Cette remise en cause, cette « double interrogation », a forgé mon identité professionnelle.

Cette « démarche permanente d'élucidation des rapports entre l'être humain et l'alcool et autres produits » était le cœur même de la démarche alcoolologique de l'AREAT (où j'avais été inclus comme apprenti formateur en 1976).

J'ai commencé avec les certitudes de la « confrontation directe » à « la réalité » qui devait favoriser le recul de l'« emprise du déni », accélérer ou « forcer » la « prise de conscience » et cet « accès à la réalité » favoriser le choix de l'abstinence. J'ai côtoyé dans les groupes de patients des ex- civils que la guerre d'Algérie avait transformé en soldats et qui évoquaient leurs traumatismes de guerre, mais « ce n'était pas le sujet », nous écartions ces discussions !!

La pratique d'alors était focalisée sur le produit et l'arrêt de son usage. C'était la conscience collective du temps, et l'Espéral la norme. Les sevrages étaient très qualitatifs et les suivis infirmiers de ces sevrages très relationnels et constants, les troubles graves de sevrage étaient, de ce fait, très réduits.

La formation à la thérapie familiale n'a pas tout de suite opéré un changement d'attitudes, mais confrontés nous-mêmes aux opinions, avis, critiques des patients et de leurs proches nous avons collectivement ajusté les pratiques de groupe et compris que l'accès « forcé » à l'abstinence était pour certains hors de leurs capacités émotionnelles, relationnelles ou contextuelles.

Toutefois cette formation a renforcé l'importance du travail avec les conjoints et les proches, le travail avec les couples et avec certaines familles.



### « voir double »

Il m'a fallu résoudre un dilemme épistémologique. De manière caricaturale : en alcoologie, à cette époque, l'alcoolisme était le problème générateur de conséquences et sa résolution faisait disparaître ces conséquences. Les thérapies familiales systémiques mettaient en exergue le fait que l'alcoolisme était le symptôme d'un dysfonctionnement familial, qu'il fallait résoudre sur le fond pour soigner le symptôme.

Sortir de ce dualisme où un point de vue serait faux et l'autre vrai implique de changer de cadre de pensée et considérer qu'il peut être l'un et l'autre. Ce modèle de pensée que j'ai appelé « voir double » permet de considérer que le phénomène de consommation qui peut évoluer en addiction peut être l'un et l'autre, à la fois générateur de problèmes et favorisé par des difficultés de fonctionnement familial **et** engendrant des difficultés de fonctionnement familial. Tout comme les produits, alcool ou autre, qui servent de support à l'évolution addictive sont à la fois toxiques **et** psychotropes.

Ce point de vue « voir double » offre deux portes d'entrée pour le changement, par la porte des usages ou conséquences des produits et/ou par la porte de l'évolution des relations et des difficultés de fonctionnement familial.

### De retour du côté de la route nationale 169

### L'évolution institutionnelle des pratiques de groupes pour les patients et des groupes pour les proches

1978 - 1985.

#### L'évidence d'une approche de groupe plurielle pour les patients

La pratique des groupes « de parole et d'éducation thérapeutique » auprès des patients s'est implantée parce qu'elle s'est révélée probante et les animateurs de ces groupes se sont diversifiés.

Les réunions trimestrielles de suivi patients et proches sont maintenant séquencées par un repas pris dans le service où les soins avaient eu lieu. Une idée de Jean Bertho : allier les groupes officiels et la spontanéité de la convivialité, au prix d'un ticket visiteur et d'une inscription préalable. Nous faisons parvenir des invitations à tous les patients pendant un an ; et au-delà à tous les participants et à ceux qui voulaient continuer d'en recevoir sans venir (pour les encourager nous disaient-ils). Les repas pris dans le service ont été déterminants pour la considération des équipes envers ces patients encore stigmatisés. Beaucoup de ceux qui venaient à cette réunion allaient bien ou mieux, ils venaient en famille, ce public n'était plus celui qui rechutait systématiquement. La motivation des équipes a fait un saut qualitatif.

Ces réunions deviendront mensuelles au début des années 80 et peut être durent-elles encore ?

Il se trouvait que les pratiques d'ateliers d'ergothérapie et de sociothérapie, à la réorganisation desquelles j'ai concouru, se sont développées en même temps. Elles ont contribué à offrir une palette thérapeutique élargie dont les patients confirmaient les bienfaits. La thérapie institutionnelle avait laissé quelques traces et nous nous efforçons d'utiliser au mieux les ressources de l'institution hospitalière dans un cadre psychiatrique très classique. Certains patients vivaient des expériences émotionnellement correctrices, au cours de ces « ateliers » de fabrication ou des actions de découverte ponctuelles d'une activité ou d'un lieu, des effets transformateurs cathartiques. La parole et les relations ne sont pas les seuls chemins vers le changement.



## Des groupes pour les proches : le langage des émotions et des besoins

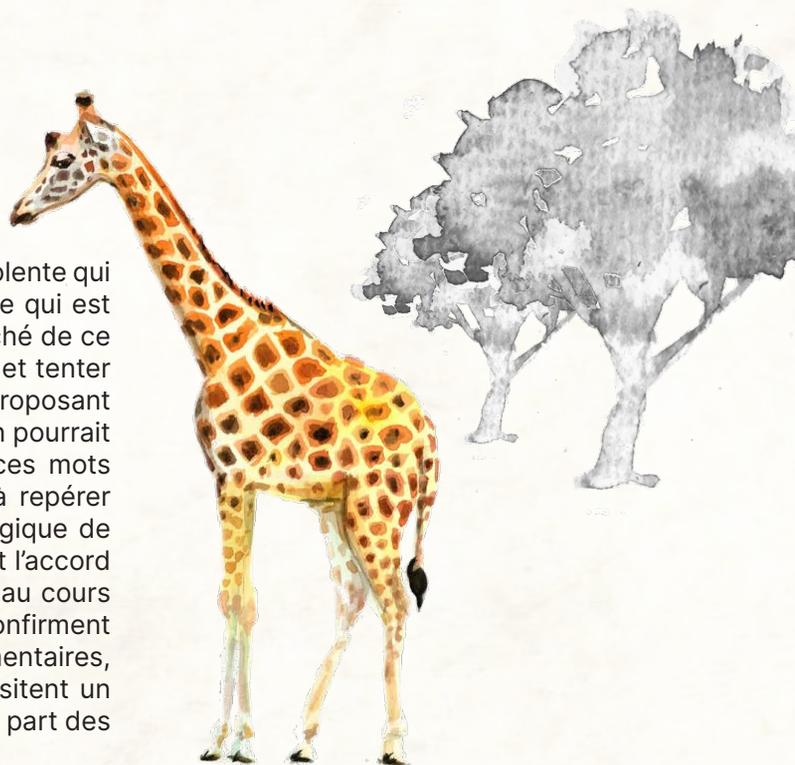
Des 1979

Il est devenu clair que nous devions mettre en place des groupes pour les proches et ce fut fait, **chaque vendredi avait lieu une réunion dédiée aux proches des patients**, ni éducation thérapeutique comme on le dirait aujourd'hui, ni groupe de parole, comme on le dit encore **mais lieu de « validation émotionnelle »**.

Au fil des vendredis, nous avons vite compris que délivrer des informations sur les soins ou les processus de dépendance n'avait qu'un intérêt partiel si nous n'étions pas attentifs à ces flots de douleurs retenues qui n'attendaient qu'un contexte favorable à leur expression. Ces expressions prenaient souvent la forme du blâme, d'un chagrin sans fond ou encore de peurs récurrentes pour l'avenir, de blessures profondes et de déceptions majeures, de colères ou de rages impuissantes. La compassion et l'espoir émergeaient plus facilement lors des réunions mensuelles de suivi.

### La « validation émotionnelle »

est une des étapes de la Communication Non-Violente qui consiste à nommer l'émotion, au plus près de ce qui est présent (en proposant des mots au plus rapproché de ce qui s'exprime et en les réajustant si nécessaire) et tenter de la traduire ensuite en termes de besoins (en proposant des mots au plus approchant de ce que l'émotion pourrait indiquer). **Maintenir ce dialogue** et réajuster ces mots concernant les émotions et les besoins jusqu'à repérer **« une réaction sémantique »** (un effet physiologique de soulagement tel que décrit par Korzybski). C'est l'accord implicite ou explicite envers les mots proposés au cours du dialogue et cet effet physiologique qui confirment la « validation ». Ces deux langages complémentaires, celui des émotions et celui des besoins, nécessitent un apprentissage de la part de l'intervenant et de la part des membres du système.





## Les groupes pour les proches et leurs émotions

Cette place accordée à l'accueil des émotions, je la dois à ma formation avec Carole Gammer qui a élaboré la thérapie familiale par phases. Cette validation permet un apaisement : il s'agit d'accueillir, y compris les reproches qui nous étaient faits sur les modalités de traitement et de soutenir l'expressivité de ce qui est vécu au cours des événements passés ou de ce qui est pressenti pour le futur. Certes les consommations, leur arrêt, le maintien éventuel de l'arrêt, la reprise des consommations, les rechutes, l'évocation des violences étaient des sujets incontournables au cœur de deux questions

comment les aider à aller mieux et y-a -t'il de l'espoir ?  
et nous comment nous protéger et protéger les enfants. ?

### Des difficultés inattendues

Les patients avaient leur espace de confidentialité où ils pouvaient déployer leurs propres convictions et perceptions du monde. Les conjoints profitaient de leur espace de confidentialité et de l'effet de soulagement de ne plus se sentir « seule au monde » à vivre ces émotions, questionnements ....pour affirmer leurs propres perceptions et dévoiler des comportements dommageables du patient absent.

Le niveau d'anxiété des patients augmentait le vendredi, ils se demandaient ce qui allait être dit « dans leur dos » et ce que nous allions en faire. Et nous nous retrouvions avec des informations « contradictoires »

Un des cinq axiomes de la théorie de la communication formalisée par l'École de Palo Alto est ainsi énoncé :  
la nature de la relation dépend de la ponctuation des séquences entre les partenaires.

Gregory Bateson disait chaque aspect de la réalité vécue dans une relation fait l'objet d'une double définition.

Puisque chacun nous révélait ça façon de voir le monde, dans le but d'emporter notre adhésion, nous ne pouvions pas ne pas être influencés. Il devenait difficile d'animer les groupes du vendredi avec les conjoints des patients que nous voyions en groupe dans la semaine et les couples divisés nous divisaient.

Des mondes parallèles

**cette complexité est un des obstacles à la mise en place de tels groupes**



## Les récits dominants comme obstacle au travail avec les familles

**Jean Rainaut** appelait « DCA », le discours commun sur l'alcool toutes ces affirmations plus ou moins bien étayées, relayées par l'esprit du temps, la moyenne de la conscience collective du moment, qui viennent poser des principes, des absolus sur les réalités humaines complexes et ensuite ces affirmations deviennent des vérités intangibles à travers lesquelles ceux qui les colportent « voient » une réalité qui n'est que le reflet de l'illusion du langage. Les thérapeutes narratifs appellent cela les récits dominants. Les effets délétères de ces affirmations qui deviennent des absolus sont multiples. Si je regarde les conjointes d'alcooliques à travers le

**prisme du DCA** qui leur est infligé, je devrais les fuir, si je regarde les parents de jeunes avec toxicomanies je ne devrais jamais les recevoir. Voulez-vous quelques indices sur ce DCA tel qu'il existait au moment où nous avons mis ces groupes en place. **Nous devons ensuite lui appliquer le traitement de la « double interrogation »**

Il constitue un obstacle non négligeable pour travailler l'esprit serein avec les proches des patients.

## Les pièges linguistiques de la désignation

L'idée courait encore que les conjointes pouvaient être des facteurs de risque de rechutes par leurs attitudes anxieuses ou précautionneuses, si c'était le cas ou par leur complicité passive, si c'était le cas ou par leurs incitations directes, si c'était le cas, bref elles étaient largement désignées comme responsables ou présumées coupables. Et puis avec un caractère pareil qui ne se mettrait pas à boire !!!! pouvait-on entendre dans des réunions où la bienveillance est supposée l'emporter.

Les parents de jeunes « toxicomanes ou alcooliques », se voient vite affublés de l'étiquette de toxiques (idée issue **du courant colonialiste anglais de la parentectomie** qui avait contaminé Anna Freud). Il fallait donc à priori les écarter : ces idées subsistent encore aujourd'hui et sont une des figures du « dualisme » et de la désignation de boucs-émissaires.

Je ne désigne pas les colonialistes anglais qui en ont fait une doctrine de colonisation : « **pour en faire des enfants civilisés ; séparons ces enfants de leurs sauvages de parents afin de leur donner une bonne éducation** », ainsi fut fait au Canada et en Australie, comme responsables. Je déplore l'esprit du temps qui tarde à prendre en considération les aspects plus complexes des réalités humaines, familiales en particulier et le temps qu'il faut pour se dessaisir de ces créations linguistiques qui figent la réalité dans des absolus : les mots sont de fenêtres ou bien des murs disait Marshal Rosenberg

Un des buts de ce Congrès est d'ouvrir des fenêtres, nous croyons les ouvertures possibles et ceux qui croient en des absolus enfermant retrouveront nous l'espérons une liberté d'énoncé et une clairvoyance pour des actions créatives.

## Les tentatives fructueuses ou infructueuses des proches pour aider.

J'ai mis du temps à comprendre que derrière toutes ces tentatives il y avait des **intentions positives**, même si l'expression des modalités de l'aide pouvait se graduer sur un continuum allant de la façon la plus inventive et adéquate à la maladresse la plus contreproductive, voire nocive. Et puis de temps en temps, ce qui implique de rester vigilant, il y avait de véritables intentions de nuire par intérêt, rancœur ...

... Les addictions peuvent également trouver des alliés redoutables chez les proches ou chez les familiers. A contrario et le plus souvent les intentions positives l'emportent et les maladresses, surtout en groupe peuvent être remplacées par des modalités de communication constructives.



*Cataloguer et généraliser est un piège linguistique et pragmatique majeur.  
Confondre la personne et ses comportements est une erreur épistémologique*

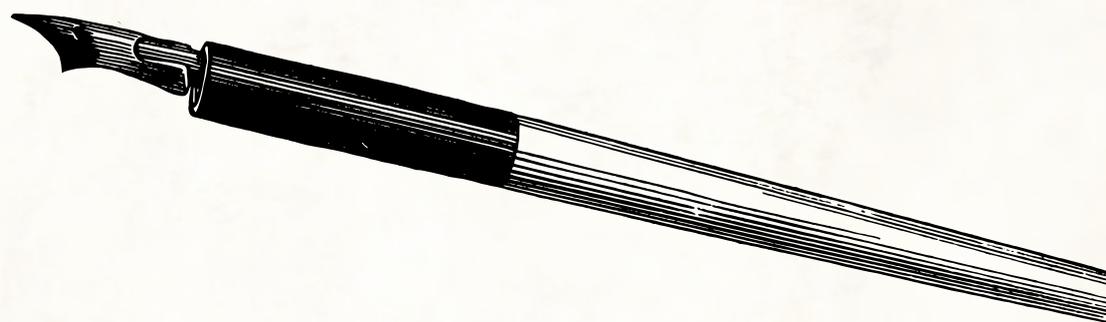
Comment en sortir : en aidant les personnes à relier les comportements avec ces autres ingrédients des relations humaines que sont les intentions les valeurs, les effets attendus et les effets suscités , les émotions émises et les émotions perçues, les interactions ...

Le continuum des comportements des proches dans leurs tentatives fructueuses ou infructueuses de contrôler le dérapage addictif et ses conséquences :

Les comportements sont Inventifs, chaleureux, patients, malhabiles, maladroits, contreproductifs, nocifs, mortels... : les effets de ces conduites sont constructifs, dommageables, blessants, inattendus, mortels, bénéfiques, bénéfiques avec effet retard, délétères il y a un continuum des comportements des proches et de leurs effets

Nos conduites sont mues par des intentions et des valeurs : nos conduites ne traduisent pas toujours nos intentions et nos intentions positives ne sont pas nécessairement perçues comme telles

*Ouvrir les dialogues entre les intentions, les comportements  
et les conséquences...*





## Les interactions une scène où les stratégies de l'addiction s'en donnent à cœur joie



Tous et toutes sont invités à prendre des places et de rôles comme dans un théâtre de marionnettes dans une danse orchestrée par les dynamiques d'un système humain complexe : le triangle dramatique. C'est quand ils sont dans cette danse que nous pouvons être tentés d'étiqueter les personnes, comme la marionnette, qu'ils personnalisent. Chacun peut devenir l'une ou l'autre de ces polarités, alors quand nous utilisons ces termes c'est pour nommer un rôle dans ce jeu de marionnettes dont l'addiction entre autres tire les fils, jamais la personne qui est embarquée dans ce rôle.

*L'Analyse Transactionnelle :  
une lecture des « processus parallèles »*

### Repérer et déjouer les pièges du « Triangle dramatique » en institution et en travail familial

Travailler l'esprit ouvert avec les familles n'est pas de l'angélisme. Mais ce que j'ai appris de mes années d'Analyse Transactionnelle avec Mireille de Meuron c'est à repérer et si possible à éviter les pièges du triangle dramatique (élaboré par Stephen Karpman autour des postures de Persécuteur, Sauveteur et Victime auquel Claude Steiner avait rajouté deux annexes : les postures de Ravitailleur et celle de Poire) .

Ces postures infiltrent les relations et interactions familiales : ces mêmes postures, par le mécanisme des « processus parallèles », infiltrent les équipes et les institutions.



## Persécuteur

Comment éviter que le traitement de ces situations ne nous transforme en Persécuteur (procureur, accusateur, armé de jugements de valeurs sur les personnes... et autres mécanismes repérables, comme le rejet ou l'exclusion non réfléchi) quand nous confrontons, utilisons la pression sociale ou les exigences de l'exercice d'un métier ? Comment éviter les réflexes punitifs ? Comment éviter la désignation de boucs-émissaires (c'est toujours la faute de quelqu'un si...) et les décisions peu éclairées qui se révèlent dommageables ?

## Sauveteur

Comment éviter les pièges de l'aide complaisante et contreproductive qui caractérisent la posture de Sauveteur et construire une juste proximité suffisamment chaleureuse et des limites explicites, si possible contractualisées ?

## Victime

Comment faire en sorte d'éviter les conséquences dommageables de l'usure, de la déception liés aux illusions de nos objectifs trop grandioses ou à un partage inéquitable des engagements, à une fatigue de compassion, à un manque de soutien méthodologique ..... ?

## Ravitailleur

Comment ne pas se transformer en Ravitailleur de médicaments inappropriés en dose et en usage, en fournisseur d'argent ou d'aides recyclées en achats de produits..... ?

## Poire

et enfin comment ne pas prendre les vessies des promesses pour les lanternes du changement, les élans formulés par les personnalités-états-limites ou des personnes ayant des troubles neuro cognitifs pour de véritables intentions et ne pas formuler des espoirs impossibles à tenir, toutes attitudes caractéristiques de la posture de « Poire ». qui peuvent se révéler dommageables et donc persécutrices.

**Ces polarités interchangeables (plus ou moins) ne sont pas inéluctables mais nécessitent une réflexion partagée.**

La curiosité active n'est pas de la naïveté « piriforme ». La Poire c'est le gogo qui croit les promesses, une promesse n'est pas un acte c'est la manifestation d'une intention ou peut-être d'un espoir ou une incantation magique, partager des objectifs ambitieux, certes mais atteignables sinon nos exigences sont persécutrices, retirer la possibilité de rendez-vous après une seule absence mérite d'être réfléchi est-ce une protection constructive pour l'intervenant ou une punition ? Alors garder l'esprit ouvert sans méfiance excessive, sans confiance excessive est un exercice permanent. Il y a tous les jours des occasions de s'exercer ce qui rend la progression possible.

### Déjouer ces pièges : sortir de l'isolement et instaurer des supervisions

Les membres des familles et les proches sont attirés par les mêmes pièges et nous les aidons à les déjouer. Parce que nous avons **ce devoir d'assistance éclairée**, il est de notre responsabilité de nous éclairer nous-mêmes, collectivement face aux stratégies multiples que les addictions utilisent pour brouiller nos cartes émotionnelles et cognitives.

Les institutions qui nous emploient, face à la force de ces mécanismes, laissent trop souvent les personnes de première ligne se débrouiller. Ces situations mettent à l'épreuve les émotions des intervenants et soumettent leur conception des valeurs à rude épreuve. Les formations sont un des remèdes mais plus encore les supervisions qui permettent d'aller au front en étant équipés et soutenus. J'y pense autant pour les services spécialisés en addictologie que pour tous ceux qui font de l'addictologie sociale.

## Les six dimensions de l'être une perspective systémique et holistique

Une « révélation » accélère l'évolution lente de ma conscience pour relier les éléments entre eux.

Paris

1985.

Au cours de ma formation à la thérapie familiale par phases avec Carole Gammer, la rencontre avec **le livre de Sharon Wegscheider-Cruse *Another chance eut l'effet d'une révélation***, elle décrivait, certes en américain, une phénoménologie des dynamiques familiales sous influence addictive.

La révélation était que ces formulations mettaient des mots sur mon expérience comme enfant et adolescent, jeune adulte au sein d'une famille qui a vécu sous influence de l'alcool plusieurs décennies et plusieurs générations.

L'affirmation cognitive d'un modèle médico-psycho-social et la juxtaposition de pratiques n'est qu'une étape vers un modèle holistique coopératif que je développerai ailleurs. **Holistique ne veut pas dire juxtaposé.** Je suis particulièrement intéressé à vous décrire ce cheminement qui consiste à ouvrir des dialogues entre des univers qui pourraient rester clivés.

### La temporalité addictive, les six dimensions de l'être et les cycles de vie familiale

**La théorie systémique** reconnaît l'existence de cycles de vie familiale : une succession d'étapes renouvelées entre la naissance et la mort, sur plusieurs générations. Chaque cycle a ses particularités. La naissance a été précédée d'un engendrement, cet engendrement nécessite deux partenaires de sexes différents (ou avec l'évolution des techniques de procréation assistée de nouvelles modalités émergent), il y a aussi les modalités de l'adoption. Le choix d'un partenaire, l'émancipation, la différenciation, voilà d'autres étapes, les âges de la vie impliquent la distribution ou la redistribution des fonctions et des rôles. Le système familial s'organise et se réorganise. Et parfois il rencontre des difficultés qui dépassent ses capacités : alors pour maintenir son équilibre, le système va « compenser » en sollicitant ses membres parfois au-delà de leurs possibilités, au détriment de leur développement, on appelle ça aliénation systémique. Des mécanismes passent d'une génération à l'autre (valeurs fortes et capacités mais aussi des altérations possibles des processus émotionnels cognitifs, relationnels ...)

**Le processus addictif a sa propre temporalité** et ceux-ci s'intriquent avec les cycles de vie.

Dès 1976 la description que Jean Rainaut a faite de la progression du processus addictif permettait de comprendre que l'évolution addictive s'effectue en s'intégrant aux cycles de vie de la famille. Ainsi une famille peut abriter trois générations de personnes en situation addictive. Il se peut également qu'un processus addictif chez les parents recouvre plusieurs décennies de la vie des enfants. Il se peut que des enfants grandissants soient affectés au cours de leur adolescence de conduites dommageables avec les produits, voire d'addictions avérées et que leurs relations avec leur fratrie et leurs parents en soient obérées.

#### *La temporalité addictive selon Jean Rainaut*

En 1976 Jean Rainaut a décrit de manière phénoménologique l'évolution du processus addictif en trois étapes :

**Une première phase** : la solitude dorée ou lune de miel

**Une interphase de transition** : la solitude anxieuse où règnent l'ambivalence et l'émergence des catastrophes

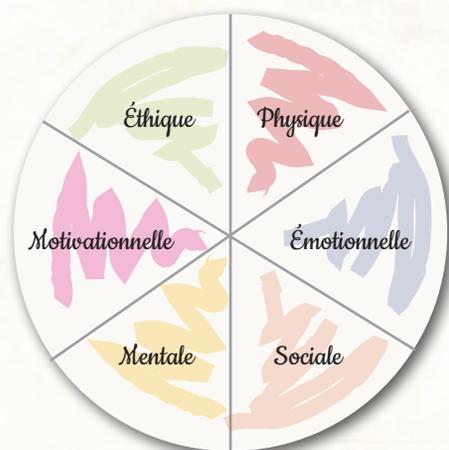
**Une phase ultérieure** : la solitude noire ou marastique où règne la résignation

Voir le texte complet en annexe (Chronologie du vécu de l'alcoolique)

**Ces phases sont à mettre en lien avec les cycles de vie et avec les six dimensions de l'être**



## La temporalité addictive et les cycles de vie dialoguent avec les six dimensions de l'être de chacun des membres du système



### Les six dimensions de l'être.

Sharon Wegscheider-Cruse reprend la roue du développement de Virginia Satir et elle l'adapte. A mon tour je l'ai légèrement aménagée. La notion de développement y est incluse et de fait, implicitement, la notion de recovery ou encore de résilience comme on pourrait le dire aujourd'hui, ou encore celle de reprise existentielle. Ces processus portent sur les six dimensions de l'être.

**La dimension physique** : le corps, la santé, le plein usage de ses cinq sens, de sa liberté de se mouvoir, l'équilibre de la nourriture et du sommeil... la danse, la détente, les maladies ...

**La dimension émotionnelle** : nos ressentis quand ils traduisent nos besoins, nos réactions vis-à-vis du monde qui nous entoure et des messages qui viennent des autres, elles réagissent à nos pensées. Nos émotions, comme la lune ou le soleil ne sont pas attachées à un fil mais elles sont reliées à tout ce qui est vivant en nous, l'état de notre santé, les événements de la vie et leurs façons de s'inscrire dans nos mémoires. Pourquoi pas aussi les sentiments qui ont des nuances infinies où dont l'expression peut-être figée

**La dimension sociale** : nos appartenances, statuts, relations, interactions, liens, identités, papiers, souvenirs de nos histoires et vécus relationnels, amicaux, familiaux, scolaires, nos inclusions et exclusions, nos codes sociaux et les éventuelles stigmatisations, nos héroïsmes et lâchetés. Nos réseaux primaires, secondaires, tertiaires. Cette dimension est aussi en interactions avec les autres dimensions de soi des autres et du monde et leurs historicités.

**La dimension mentale** qui ne se limite pas au cognitif, elle inclut tout ce qu'on peut faire avec son esprit, et son cerveau, et le prolongement de son effectivité dans le monde concret : les mains, les outils, l'écriture et la peinture, la musique et les arts de la table .....la pêche à la ligne, le jardinage, les troubles neurocognitifs et de la mémoire, les distorsions cognitives et les usages particuliers du langage. Ce niveau est interconnecté, ce n'est pas une planète errante au milieu de nulle part.

**La dimension motivationnelle** et/ou volitionnelle : qu'est ce nous veut ? nous pousse à nous mouvoir et agir, besoins, envies, désirs, vœux, souhaits, objectifs, illusions, nos perspectives et nos scénarios programmés, nos appétits de liberté, nos intentions, l'évitement de la douleur, la recherche d'extase, et nos capacités d'agir sur le monde, de le transformer ou d'en modifier la perception, nos vouloirs et ceux des autres qui se conjuguent ou non, nos devoirs et obligations, et notre pouvoir sur notre vie, les capacités à maintenir nos vouloirs et énergies en dépit des obstacles, à abandonner si nécessaire, chercher de l'aide .....

**La dimension éthique** : les êtres humains sont des êtres éthiques, connectés à des valeurs, qui se traduisent par des actes, actions conduites ou comportements qui les nourrissent ou qui les desservent, il en résulte satisfaction ou insatisfaction. Le rétablissement éthique passe par la reconnexion avec ses valeurs et l'accomplissement de gestes qui les entretiennent, les vivifient. Il y a aussi les renoncements et les écarts par rapport à ces valeurs ou leur délaissement faute d'actes appropriés, seules les intentions ne suffisent mais elles guident vers ce qui « importe » ou « vaut » existentiellement pour chaque personne. Elles sont reliées aux autres et au monde qui peut y contribuer



### L'hypothèse fonctionnelle majeure de Sharon Wegscheider-Cruse

Le processus addictif y compris dans ses phases initiales peut affecter chacune de ces zones de développement ou de dimensions de l'être

chez chacun des membres du système relationnel impliqué ou affecté par le développement de cette emprise addictive.

Tous ne sont pas affectés pareillement

Toutes les étapes du cycle de vie peuvent être concernées

(périnatalité, premiers âges, enfance, adolescence, âge adulte, retraite, grand âge ..., parfois sur plusieurs générations)

Ce modèle holistique peut être utilisé comme un méta-modèle,

Un méta-modèle holistique.

Un modèle c'est une description ; un méta-modèle c'est parce qu'il peut s'appliquer aussi bien à l'addictologie spécialisée qu'à l'addictologie sociale, qu'il peut concerner plusieurs professions ou services. Ainsi un médecin addictologue peut s'y référer, mais ce modèle ne lui apprendra pas la médecine ou les arcanes du travail social, mais lui permettra d'articuler son activité avec d'autres ; un éducateur peut s'y référer par exemple en protection de l'enfance, ceci ne le rendra pas apte à conduire un sevrage qui requiert une assistance médicale mais à disposer des ressources d'orientation le moment venu.

**Ce métamodèle leur servira à orienter leurs actions, avec les moyens de leur métier vers la finalité implicite de ce modèle : la récupération, le rétablissement de la totalité des dimensions de l'être chez chaque membre du système concerné.**

#### Les finalités de l'addictologie selon ce modèle développemental existentiel.

L'émergence de solutions personnelles, sociales, relationnelles, médicales constructive ; la résilience et la croissance post-traumatique, la reprise existentielle et la reprise du développement dans chacune des dimensions, des réponses de plus en plus appropriées aux besoins dans chacune des dimensions de l'être pour chacun des membres du système

*Ce méta-objectif semble grandiose, c'est une ambition, un horizon, peut-être un mythe mais en disposer permet de saisir des opportunités en termes de motivation ou de valeurs puisque le fait de garder en tête ces six dimensions offre beaucoup de portes d'entrée pour le changement.*



## méthodologies présentées comme pistes pour travailler en addictologie spécialisée et en addictologie sociale

*Addictologie sociale*  
*Addictologie spécialisée*

### Les complémentarités

L'**addictologie spécialisée** s'est construite autour des services hospitaliers, services de soins de suite et consultations ambulatoires (CSAPA), en France elle est souvent mise en œuvre par des équipes médico-psychosociales. Souvent organisée en réseaux, elle est une source de soutien et d'expertise possible .

Elle a ses diplômés et ses métiers et une porte d'entrée officielle : les impacts des consommations de produits psychotropes ou les impacts des conduites addictives avec ou sans produits. C'est une discipline enseignée. Elle dispose **d'un patrimoine de connaissances, de savoir-faire et de succès et ses missions sont larges**. La prévention fait partie de ses missions et des organismes officiels sont chargés de la faire prospérer ou survivre selon les moyens alloués.

L'**addictologie sociale** est en cours d'émergence comme corpus pragmatique, pas encore comme discipline à part entière. Elle est exercée au sein d'une pluralité de métiers dont ce n'est pas la fonction principale: **délégués à la tutelle, conseiller pénitentiaire à l'insertion et à la probation, travailleurs sociaux de la protection de l'enfance, ou de l'insertion, services d'accompagnement à la vie sociale, personnels des CHRS, insertion par le logement,....** tous les métiers et services susceptibles de rencontrer des personnes

au cours de l'évolution de leurs processus addictifs ou de consommations dommageables. Ils sont amenés à prendre en considération et évaluer les impacts des consommations et /ou des addictions sur les relations ou comportements ou la santé des personnes avec les outils de leurs métiers et dans le cadre des missions allouées à leurs institutions respectives. Ils interviennent à toutes les étapes des cycles de vie et de l'évolution des processus addictifs. Leur porte d'entrée est rarement les relations avec les produits . **C'est un corpus pragmatique, puisque chaque métier cité et d'autres non cités peuvent se prévaloir de succès probants**. Si on pose des questions, comme en formation, tous peuvent décrire des situations où ils ont contribué à l'évolution favorable de personnes ou de familles affectées par des processus addictifs.

Ces savoir-faire et façons d'être fructueuses sont méconnus. Les **mouvements d'entraide font partie des acteurs de cette addictologie sociale**, qui n'a pas encore spécifié ses outils , doctrines , théories aussi nettement que l'addictologie spécialisée.

Selon les lieux , les habitudes et les volontés ces deux mondes s'ignorent et ne coopèrent pas explicitement ou ont construit des passerelles de coopération fructueuse et de longue durée



## Une deuxième « révélation », un nouveau choc épistémologique :

Saint Brieuc

1993 à aujourd'hui.

*La thérapie centrée-solutions*

En même temps que ces évolutions institutionnelles trop lentes à mon goût, avec des collègues nous avons fondé un organisme de formation aux pratiques systémiques et de thérapie familiale : Pegase-Processus. Survient alors une autre « révélation » qui porte encore ses fruits aujourd'hui et plus que jamais la rencontre avec la « Thérapie centrée-solutions » élaborée au cours des années 80 par une équipe de praticiens et de chercheurs rassemblés autour d'un couple aussi inventif et rigoureux que chaleureux et productif : Steve de Shazer et Insoo Kim Berg. Depuis 1993 nous sommes des acteurs pionniers et des promoteurs de la diffusion et de l'évolution de cette approche dans nos régions.

Cette méthodologie crée les conditions d'une construction partagée d'objectifs existentiellement importants pour chacun, en tenant compte de la nature de l'engagement dans le changement et du degré de sécurité dans la relation thérapeutique. Elle crée des dialogues coopératifs, destinés à nourrir l'espoir et engager les conditions favorables au changement, par étapes assumables. Ces changements s'appuient sur des solutions qui émergent de la recherche d'exceptions au problème ou de leur construction à partir d'expériences de la vie. Nous sommes déjà en 1993. La fondation de Pegase-Processus date de 1986.

La Thérapie centrée- solutions s'appuie sur des principes qui contrastent avec d'autres approches

**C'est un modèle centré sur les forces, compétences et les ressources,**

Où l'on s'applique à repérer les forces des clients, leurs réussites passées et futures plus que les lacunes et les problèmes passés et, si ceux-ci apparaissent, on s'applique à explorer comment la personne y a fait face

**L'accent est mis sur ce que le client comprend de sa situation et sur la construction coopérative d'objectifs partagés et atteignables**

la construction de solutions est préférée à la résolution de problème.

**L'avenir souhaité par le client est exploré plutôt que les problèmes passés ou les conflits actuels.**

Les personnes sont encouragées à augmenter la fréquence de ce qui leur est bénéfique.

**Si un problème n'arrive tout le temps : alors il y a des exceptions (c'est-à-dire des moments où le problème aurait pu se produire, mais ne s'est pas produit) qui peuvent être utilisées par la personne et le thérapeute afin de coconstruire des solutions.**

**S'il arrive tout le temps : alors comment vivre avec ?**

Les intervenants aident les personnes à trouver des alternatives à leurs modèles actuels de comportements, de cognitions et d'interactions indésirables.

**Ces alternatives se trouvent dans le répertoire des clients ou peuvent être coconstruites par les intervenants et leurs clients.**

On pré- suppose que les éléments de solutions existent déjà chez les clients et on s'applique à les amplifier

**De petits changements sont initiés, ils peuvent mener à de plus grands changements.**

Les solutions des clients ne sont pas toujours logiquement liées à un problème identifié par le client ou l'intervenant.

**Les compétences conversationnelles requises du thérapeute pour inviter le client à construire des solutions utilisent des outils spécifiques, comme des séquences réponses /questions ouvrantes ou échelles ou .....et une**

**NOT-KNOWING ATTITUDE**

## Les effets de l'approche centrée-solutions sur les états d'esprit et les relations : un groupe de couples ...

La thérapie centrée-solutions, plus globalement l'approche centrée-solutions quand elle a été intégrée à partir des formations avec Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Yvonne Dolan, et puis le Dr Marie-Christine Cabié et le Dr Luc Isebaert, a amplifié l'espoir et les attitudes coopératives puisque nous cherchions ensemble des objectifs de vie existentiellement importants, assumables au quotidien, s'appuyant sur des actes que les personnes pouvaient elles-mêmes accomplir. L'essentiel de tout ceci reposait sur des pratiques infirmières suffisamment cohérentes, parce que des leaders fonctionnels s'étaient dégagés au fil des années et que les activités de groupes s'étaient construites et étoffées au cours de cette vingtaine d'années.

Nous avons mis sur pied, en désespoir de cause, un groupe de couples pour les patients en rechutes « sérielles ». Des patients qui avaient une vingtaine de rechutes, avec ré hospitalisation, ou plus dans leurs trajectoires ont réussi grâce à cette méthodologie orientée -solutions à sortir de ce qui semblait être inéluctable grâce au soutien de leur conjoint et du groupe. Des moments inoubliables où l'on a pu voir à l'œuvre l'ingéniosité relationnelle pour sortir de la survie et revenir à la vie. Un atelier du Congrès est dédié à ces groupes.



Première séance : quel est votre espoir que ce groupe de couples auquel vous avez accepté de participer vous soit utile entre 0 et 10 ?  
où 0 c'est tout est perdu et 10, à coup sûr ca vous sera utile

Les réponses : entre 0 pour le plus bas et 1 pour le plus haut

A la personne qui avait dit 1 : qu'est-ce qui fait que votre espoir est à 1, plutôt qu'en dessous de 1, malgré les multiples tentatives de François (son mari) de résoudre ses difficultés ?

**C'est parce que cette fois -ci vous m'avez demandé de venir vous aider !**

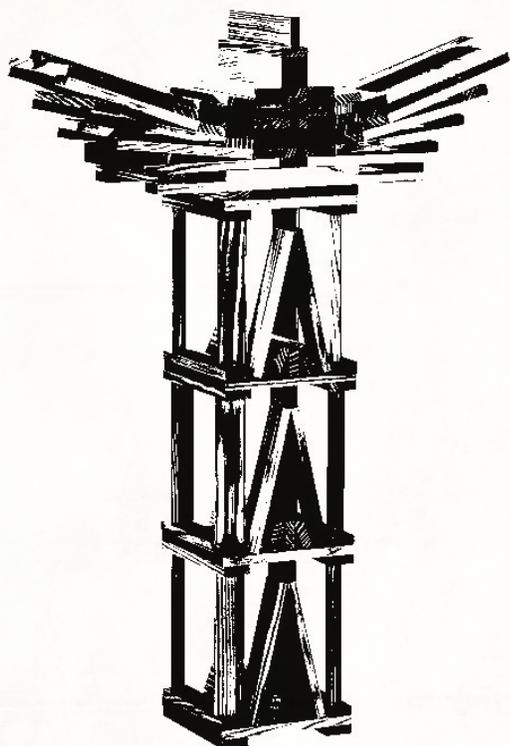
En quoi le fait de vous avoir demandé de nous aider nourrit votre espoir ?

**Je sais qu'il a envie d'y arriver mais il n'y arrive pas tout seul, il m'a dit qu'il était d'accord que je sois là !**

Ce groupe a offert à ses membres un contexte de soutien réciproque et ce type de groupes, qui rejoint les groupes thérapeutiques multifamiliaux à certains égards, convient très bien à ceux qui n'y sont pas arrivés autrement.



## Les trois conditions pour mettre des groupes en place et réussir : Désireux, Prêt , Capable



Je ne sais pas si vous connaissez les « Kappla », ou les Lego sans doute : les éléments de base sont d'une extrême simplicité, l'adresse réside dans leur ajustement régulier et la connaissance intuitive des lois de la pesanteur : on espère aussi un environnement suffisamment protecteur pendant l'élévation et c'est plus sûr s'il y a une base solide.

L'art vient avec la pratique, mais parfois la peur l'emporte sur l'audace, je me souviens d'un projet de groupe dont j'ai entendu parler qui a mis cinq ans à voir le jour parce qu'il fallait bien se préparer, et puis il y avait toujours un professionnel bien intentionné, qui n'était pas membre du projet pour mentionner un « risque » et puis être sûr d'être prêt et enfin s'assurer que c'était bien le bon moment, ce groupe potentiel au bout de cinq ans a réussi à recruter deux enfants. L'ambivalence n'existe pas que chez les patients et leurs proches.

Pas assez désireux, pas tout à fait prêt, peur de ne pas être capable. Je n'ai jamais oublié ce que Frédéric La Belle m'avait dit : « dans un groupe, il y aura toujours quelqu'un pour t'aider ; tu n'as qu'une chose à faire animer le groupe, ne t'occupes pas des problèmes, occupes-toi des relations et de l'atmosphère, des règles..... »

Prêt, Désireux , Capable : de ces conditions édictées ou plutôt mises en évidence par l'approche motivationnelle les deux premières sont essentielles : Travailler avec les enfants et les conjoints ou les parents ou les couples ou les familles en totalité requiert d'en être Désireux.

Pour être Prêt, il faut avoir des points d'appui qui ne lâchent pas, c'est une responsabilité de la hiérarchie , parce que il faut se préparer , faire quelques gammes , choisir un projet assumable et « existentiellement important » « professionnellement important » pour ceux qui les animeront.

La Capacité vient en le faisant : ceci implique des étapes et la construction de la sécurité au cours de l'expérimentation. Les outils existent, certains sont répertoriés dans les pratiques probantes, d'autres et c'est une ambition de ce Congrès méritent d'être mises en exergue parce qu'elles sont efficaces et transmissibles et puis les alcooliques ont des familles, des proches, des familiers, cette réalité va durer et ils sont concernés et acteurs à divers titres subissant ou tentant de sortir du piège de l'emprise addictive qui a plus d'un tour dans son sac. D'autres acteurs ont également contribué à la mise en œuvre du travail avec les familles.



## Enfin les réunions du vendredi deviennent des réunions où patients et proches sont réunis pendant la phase d'hospitalisation

Les réunions en groupe pour l'entourage évoluent, elles deviennent des réunions de préparation au week-end, rassemblant les patients et leurs proches (familles et familiers)

En contexte d'hospitalisation moyen terme : les week-end sont des moments où les intentions et les capacités sont mises à l'épreuve des contextes de vie. Nous avons constaté, comme d'autres services, « les rechutes du jour de la sortie ».

Ce jour-là, il y a des conditions particulières sur le plan émotionnel et contextuel, sur le plan des interactions. Ces épisodes de réalcoolisations, parfois de rechutes minent la confiance et l'espoir tant du côté du patient que du côté de ses proches. Utiliser le vendredi après-midi, point de départ du week-end, pour partager des points de vue et demander :

« comment pensez-vous faire de votre week-end d'essai une réussite ? » permettait de favoriser des échanges d'informations sur cette micro perspective de vie commune.

Regrouper des patients et leurs proches disponibles « ouvraient des dialogues », les pièges linguistiques qui envahissent les situations familiales en situation addictive ne disparaissent pas par miracle.

Ces épisodes de préparation aux week-ends sont des expériences qui construisent le moment de la sortie. Un des thèmes du début de semaine était :

Qu'avez-vous vécu de satisfaisant ce week-end ? en quoi satisfaisant ? qui a contribué ..., comment avez-vous perçu que ce week-end a été satisfaisant pour votre ... sœur ?

*Le travail d'animation : un cocktail de CNV et de thérapie centrée-solutions.*

*Ces deux méthodologies s'assortissent pour animer ces groupes où il faut en peu de temps créer un lien, démontrer de l'empathie, éviter la noyade émotionnelle et favoriser l'ouverture des dialogues sur cet épisode à venir de la vie commune*

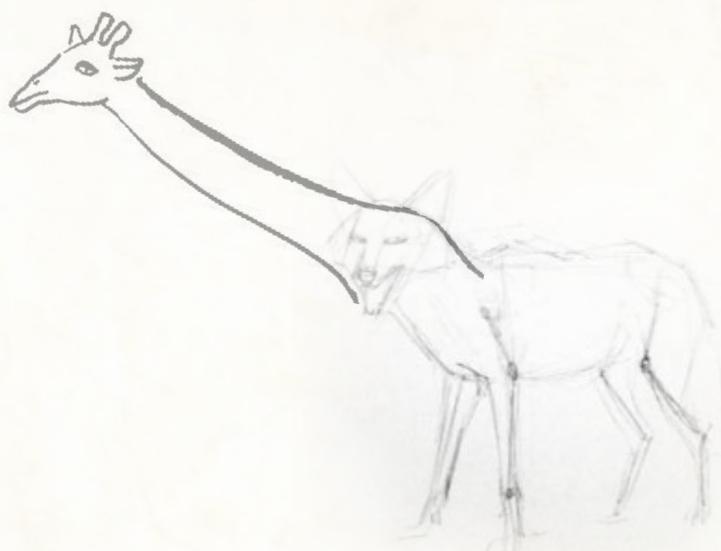




**Le travail de ceux qui animent :**  
traduire le « langage chacal » en langage girafe ».

« J'ai peur de ce qui va se passer ce week-end, il m'a fait tellement de promesses, je préfère me méfier. »

Cette phrase contient des émotions (la peur), une évocation du passé (il m'a fait), un déclencheur (des promesses) et une disposition d'esprit (la méfiance), il n'y a pas la formulation d'un besoin (il est possible de faire l'hypothèse d'un besoin de fiabilité ou de cohérence entre les paroles et les actes); il n'y a pas d'indication sur le futur (un week-end réussi).



**l'intervenant qui utilise à la fois la CNV et l'approche centrée-solutions peut tenter ceci :**

« Vous avez peur, en pensant au passé, que ce qui s'est déjà produit se produise encore, et instinctivement, vous préférez vous mettre en attente pour ne pas être déçue, ce que vous aimeriez pour ce week-end, c'est qu'il soit différent du passé ? et pouvoir être rassurée sur le fait que les paroles et les actes soient en accord, et être en confiance ?

quel petit signe vous indiquera que ce week-end sera différent du passé et vous conviendra ?

Il y a la reconnaissance de l'émotion (la peur), la reconnaissance de la disposition d'esprit (penser au passé), la reconnaissance de l'attitude (se méfier) mais déjà légèrement recadrée en terme de sens (vous mettre en attente), l'hypothèse d'une intention (pour ne pas être déçue) et une orientation vers un futur espéré (que ce week-end soit différent du passé), une hypothèse sur la disposition d'esprit (être rassurée) ou la nature de la relation formulée positivement (que les mots et les actes soient en accord pour être en confiance), une invitation à définir concrètement un indice d'attitude interactionnelle (un signe concret) qui nourrira son espoir d'un week-end différent du passé et qui lui conviendra (prise de position)

Cette reformulation traduit un engagement à saisir le plus complètement possible le point de vue subjectif de la personne qui a pris la parole, c'est une façon de la soutenir de manière consistante., de l'inviter à formuler son avis sur un moyen concret pour que son besoin soit satisfait, la CNV appelle cela : formuler une demande (on s'assure qu'elle soit explicite et assumable par l'interlocuteur, et enfin une prise de position (qui vous conviendra)

C'est un parti pris, destiné à renforcer l'affiliation, il y a beaucoup de connecteurs relationnels :

les reflets, la traduction des émotions en besoins, l'attente de confirmation non verbale, en prenant le temps de formuler lentement les mots, ceux de la personne

Et puisqu'il s'agit d'une relation de vie commune, si on accorde cette partialité à l'un, alors nous sommes tenus de l'accorder à l'autre, et c'est devant un groupe, donc nos erreurs sont amplifiées et nos actions justes aussi.



Les méthodologies sont des boussoles pour intervenir face à des processus addictifs qui continuent de perturber les relations et la communication.

La CNV (Communication Non Violente), élaborée par Marshall Rosenberg, met l'accent sur la traduction du langage chacal défini comme une façon maladroitement de parler de ses besoins et de ses émotions, en langage girafe, défini comme : la formulation de faits dénués de jugements ; la reconnaissance réciproque des émotions et des besoins ; la formulation de demandes explicites et assumables et enfin, la mise en avant de stratégies d'action pour nourrir les besoins (au moins les reconnaître) de chacun.

L'approche centrée-solutions, élaborée par Steve de Shazer et Insoo Kim Berg et leurs équipiers, se tourne vers l'avenir, si possible, et vers la perspective du plus petit pas possible pour aller vers ce que les personnes ont défini comme souhaitable (ce qu'on appelle un « objectif ») (assez petit pour être réalisé) et (assez important existentiellement), par le biais d'une action ou d'une interaction dont ils peuvent être l'auteur, sinon au moins d'une intention de satisfaire leurs valeurs.



Ainsi ne pas boire d'alcool, n'est pas en soi un objectif : ce peut être trop grand à atteindre, en quoi ou pour qui est-ce souhaitable ?

..... Cette approche s'intéresse aux aspects relationnels : pour qui ?, avec qui ? qui se rendra compte de votre intention de ..... ?

et aux hypothèses concernant ce qui résultera de cette action éventuelle : supposons que vous parveniez à vous abstenir de prendre de la bière, qui sera le plus surpris ..... soulagé ..... satisfait ..... désolé ..... ?

et vous ??? en quoi seriez-vous soulagé, surpris ..... ?

Seulement ensuite on aborde, avec une très grande prudence, quelle est le plus petit pas qui dépende de vous que vous pourriez imaginer pour alimenter l'espoir que c'est possible ?

Cette méthodologie va délibérément lentement (go slow) au nom du principe suivant :

« On ne fait pas pousser des carottes en tirant dessus »





## Pendant ce temps ailleurs et pas si loin un autre chemin Un Service d'addictologie intégrant les thérapies familiales à toutes les étapes

### De la Normandie à la Belgique

Quand le Dr Antoinette Fouilleul-Mialon a obtenu le feu vert pour ouvrir à Saint-Lô un service d'addictologie, en 1985 ? elle avait décidé d'inclure les proches à toutes les étapes du traitement : préadmission, admission, « cure » et suivi. En avoir fait un projet de service d'emblée a contribué au succès de cette aventure, parce que tous les membres de l'équipe soignante étaient impliqués et progressivement formés. On comprend qu'inclure les proches : familles et familiers ne soit pas si évident. Qui inclure et comment ?

L'équipe belge autour du Pr Jean-Paul Roussaux, en particulier le Dr Denis Hers, a fait un effort de catégorisation des typologies familiales qui fréquentaient leur service à Louvain et avec un remarquable esprit de synthèse, trois typologies différentes ont été définies. Pas à la façon

humoristique d'Oscar Wilde qui disait que le monde se divise en deux catégories : « ceux qui divisent le monde en deux catégories et les autres, » mais en s'appuyant sur le concept d'émancipation pour les deux premières catégories et sur la qualité des « haubans sociaux » pour la troisième.

C'est phénoménologique, descriptif d'une situation à un moment donné, pas structural, ce ne sont pas des absolus anthropologiques. Au sein de ces existences et de ces systèmes ils accordent à l'alcool (pour prendre ce cas particulier de processus addictif mais qui est statistiquement prévalent) le statut d'« organisateur relationnel », d'autres lui ont accordé le statut d'« organisateur existentiel ». Le Dr Antoinette Fouilleul-Mialon s'est appuyée sur cette typologie des situations familiales sous influence addictive.



### Les typologies I, II, et III : conséquences sur la pratique de ces typologies des situations familiales

**La typologie I** regroupe l'ensemble des situations où les preuves d'émancipation ne sont pas réalisées. Pour simplifier, ces preuves d'émancipation sont d'ordre social : logement, et revenu distincts de celui des parents, vie amoureuse suffisamment stable (ces critères sont une commodité diagnostique, pas l'exigence d'un conformisme social selon des normes ou principes) . On va donc trouver dans cette typologie I des adolescents ou jeunes adultes avec consommations très dommageables, des situations ou des processus addictifs en cours d'installation ou avérés. Parfois des consommations survenues très précocement, mais pas forcément. Cette typologie n'est pas un bloc homogène mais ceux qui en font partie sont liés par cette difficulté particulière de leur système familial : la difficulté réciproque d'émancipation. On y trouve aussi des personnes qui reviennent vers leur famille d'origine après des difficultés diverses.

### Quatre conditions pour une émancipation réussie

Pour qu'une émancipation soit réussie, il a fallu que chacun des parents renonce à ses peurs concernant la capacité de son jeune à faire face au monde et le soutienne pour cela ; il a fallu que ce parent fasse face à ses peurs de se passer de la présence (voire du soutien) de son enfant et à sa peur de faire face à une conjugalité renouvelée ; il a fallu que l'adolescent renonce à ses peurs d'affronter le monde et d'y trouver sa place ; à sa grandiosité d'y arriver sans

aide d'un côté et souvent plus subtilement à sa peur de laisser ses parents se débrouiller sans lui, d'un autre côté. Cet imbroglio comporte de manière plus ou moins forte ces quatre conditions. Ces conditions sont masquées par les protestations d'indépendance d'un côté et les menaces d'exclusion ou d'excès de protection de l'autre.



## La conséquence pratique pour les typologies I :

« **les non-émancipés** » est de travailler avec la famille d'origine, ce qui à certains égards est contre-intuitif puisque le résultat que l'on recherche, dans l'absolu est l'émancipation. Mais comment régler un problème d'émancipation en le confiant à un seul membre du système sans la contribution des autres, alors que les peurs et les nécessités de chacun contribuent à la difficulté. Il y a au moins quatre portes d'entrée dans le changement, puisqu'il y a quatre niveaux de peurs et quatre niveaux pour réussir l'émancipation comme processus.

En travaillant avec la famille d'origine l'objectif est de favoriser l'évolution de **ces quatre piliers de l'émancipation** : mon enfant a les capacités et les soutiens pour accomplir sa vie de façon satisfaisante et nous faisons partie de ses soutiens si besoin ; j'ai les capacités de faire face à ma solitude existentielle face à son départ et à réorganiser ma conjugalité : je renonce au rejet et à l'accaparement ; voilà pour chaque parent. Et pour l'adolescent ou le jeune adulte, je fais confiance à mes capacités à trouver ma place dans ce monde et je fais confiance à mes parents pour me

soutenir si besoin, je fais suffisamment confiance à mes parents pour qu'ils se débrouillent sans moi, quelles que soient leurs peurs : en se tournant vers d'autres que moi, si besoin. Je renonce au rejet et je nourris mon individuation et mon appartenance. Tous ceux qui viendront au Congrès pourront percevoir les modalités pratiques de ce travail conjugué adolescents ou jeunes adultes et leurs parents/famille d'origine (incluant la fratrie), en particulier les équipes québécoises mais pas seulement.

**La typologie II** regroupe des personnes et de familles qui sont socialement intégrées, les consommateurs exercent des responsabilités, ils sont entourés, appréciés, conviviaux ou plus ou moins difficiles à vivre mais ils conservent leur intégration sociale et leurs soutiens conjugaux et familiaux très longtemps. Les lézardes de la vie privée précèdent les anicroches ou les déboires de la vie professionnelle qui sont des protections contre une éventuelle déchéance que leurs proches cherche à éviter. Prenez Boris Eltsine par exemple, situation sociale en vue, beaucoup de soutiens, y compris pour le porter dans l'avion lors des voyages pour les réunions internationales, très intégré. Il s'est fait soigner et a réorganisé sa vie. Georges Bush junior était dans la même catégorie ; plus près de chez nous Serge Reggiani ou encore Renaud pour citer des exemples médiatisés.

La plupart des alcoolismes sont dans cette catégorie. Les conséquences pratiques : on travaille avec la famille actuelle qui parfois a été recomposée. Les enfants soutiennent, admirent et aussi pâtissent, quand ils deviennent parents à leur tour c'est parfois l'occasion de ruptures pour préserver les petits-enfants. L'intégration sociale et la longue durée du parcours d'alcoolisation masquent bien des tourments. Les proches perçoivent parfois les risques ou les dérives mais n'osent aborder le sujet ou ne savent pas comment

Si les capacités de soutien conjugal ou des enfants sont trop altérées alors le recours aux amis et/ou aux familiers y compris les collègues de travail est souvent utile. Tous les réseaux fonctionnels de la personne peuvent être conviés, après quelques discussions. Les personnes engagées dans le processus addictif y trouvent le soutien pour redresser une trajectoire tragique. Ceux qui accèdent à des soins et qui bénéficient du soutien éclairé de leurs proches voient leurs chances de s'en sortir plutôt prometteuses. Nous avons constaté beaucoup de succès après une seule hospitalisation.

Parce que la temporalité addictive avec l'alcool est élastique : de quelques mois à plusieurs décennies, les

signes, l'accumulation des signes ne devient évidente qu'en cas de rupture du contrat social d'intégration. S'il y a des accidents, des troubles de la conjugalité, des délits routiers, des infractions au travail ou des scandales lors des circonstances familiales ou des réunions amicales alors le questionnement des effets des consommations de plus en plus mal maîtrisés est plus précoce.

Souvent les conjoints cherchent de l'aide et tant mieux s'ils en trouvent, c'est un des objets de l'addictologie sociale que de décoder les contextes de ces demandes d'aide qui ne disent pas toujours leur nom. D'autres fois ce sont les enfants qui portent le message sur le devant de la scène, par le biais de leurs troubles ou symptômes divers et variés. Mais le plus souvent les règles relationnelles et émotionnelles enferment chacun dans un monde rigidifié d'isolement, de minimisation, de silence.

Les enfants enfermés dans ces règles aliénantes tentent de vivre au mieux leur vie, ils y réussissent souvent assez bien et ce bien-être qui n'est parfois qu'une apparence contribue à maintenir l'homéostasie. L'évolution sur plusieurs décennies permet des adaptations plus ou moins adéquates, les crises sont gommées.



## Les typologies II en phase d'aggravation

L'addiction s'installe insidieusement et l'intégration sociale favorise la minimisation des conséquences des consommations ou de la perte de contrôle sur la relation/ doses/ effets/ /contextes/conséquences. L'alcool comme « organisateur relationnel » peut gravement compromettre la qualité du quotidien, parfois jusqu'à rendre la vie en commun invivable, viennent alors les ruptures les conséquences dommageables qui s'accumulent. (voir en annexe Chronologie du vécu de l'alcoolique de Jean Rainaut)

L'addiction installe ses stratégies pour durer au sein de la famille : travailler avec l'entourage est un moyen de les dévoiler ou de les contrer, d'aider les personnes à les dissoudre.

Les stratégies de l'addiction : emporter tout sur son passage et faire croire qu'il ne se passe rien, obscurcir les esprits et doter les yeux, les oreilles et le cerveau de chacun de zones d'aveuglement, de surdité ou d'incompréhension de ce qui est une évidence pour un visiteur curieux.

Ces stratégies de l'addiction sont si fortes que des équipes entières s'y laissent prendre. Les conjoints nous ouvraient les yeux ou les patients nous ouvraient les yeux ou les amis, bref, les dialogues ont souvent permis des ouvertures bénéfiques et nous instruisaient sur les mécanismes homéostatiques : ceux qui font revenir le système à son équilibre compromettant pour chacun.

D'un point de vue systémique on admet que la circulation de l'information favorise la conscience et le changement. Mais ces informations nécessitent un contexte favorable. Les méthodologies que nous voulons vous inviter à partager constituent des outils favorables à la création de tels contextes.



L'implication fonctionnelle avec les typologies II est de travailler avec la famille actuelle et les familiers au sein desquels on inclut les amis, les beaux-frères et belles-sœurs, les enfants petits ou grands, les collègues de travail et, si possible et non dommageable : l'employeur. On compte aussi sur les acteurs de la pression sociale, que l'on espère bienveillante, puisqu'elle est déterminante pour l'accès à des démarches de soin et déterminante pour la suite des soins et la stabilisation. C'est avec ce soutien que l'efficacité des soins augmente. Et puisque l'insertion sociale et l'émancipation sont établies, il y réside des forces et des atouts qui permettent de ne pas faire reposer le poids du changement sur un seul acteur, le consommateur. Ces actions auprès de l'entourage familial et familier offrent aussi une chance aux proches de faire circuler des informations émotionnellement déterminantes sur leur vécu, en particulier l'impact de la situation addictive sur leurs épaules.

### **En addictologie sociale, avant même qu'un processus de soins addictologique spécialisé soit possible, le travail avec les proches est déterminant.**

Le consommateur n'est pas toujours le premier à se préoccuper de sa santé ou des conséquences que l'installation de son addiction fait peser sur lui. Les travailleurs sociaux, médecins généralistes.....CSAPA. sont parfois sollicités par des proches, parents ou conjoints qui ouvrent les voies du changement et de la motivation, parce qu'ils constatent sur eux-mêmes ou

les enfants des impacts de l'évolution de la situation. Le modèle motivationnel et la schématisation des cycles du changement par Prochaska et di Clemente sont à cet égard des précieux outils pour guider l'action d'affiliation, d'éclairage de la conscience, de prise de décision et de modalités relationnelles d'incitation au changement.



**La typologie III** regroupe des personnes qui ont perdu les haubans sociaux et pour qui les conséquences dommageables s'accumulent en même temps que l'emprise addictive. Puisque les haubans sociaux professionnels ou familiaux ont cédé, avec des fluctuations, la personne se retrouve avec des systèmes d'appartenance où les professionnels de la santé ou du travail social sont en première ligne avec ou sans les bénévoles de la charité ou de l'entraide, chacun avec ses impossibilités et ses marges d'impuissance. A tel point que les équipes belges les avaient initialement nommées les situations d'alcoolisme dépassé, comme si tout espoir avait disparu et pendant longtemps, même encore maintenant ce public déconcerte épuisé et parfois se retrouve étiqueté « à bas seuil ». La réflexion sur l'addictologie palliative n'est pas si simple éthiquement et pratiquement. Le système à mobiliser devient alors celui des professionnels et celui avec qui les personnes vivent et les ressources historiques de leur patrimoine familial. C'est du travail d'orfèvre où l'isolement des intervenants est la chose la moins recommandable. C'est en effet, en alliant des ressources et en créant des dialogues constructifs entre partenaires et avec le patient que des issues deviennent envisageables.



L'implication fonctionnelle est de mobiliser de manière coopérative et, autant que possible avec le patient, toutes les instances et personnes qui font partie de ses réseaux secondaires de soutien, éducateur, probation, tutelle, CMP .... et les personnes du réseau primaire que sont ses colocataires, son patron de bar etc.

### Dans toutes ces typologies beaucoup de systèmes et de personnes sont passés du côté de la survie

Dans le monde de la survie les personnes sont plutôt « dissociées » qu'« associées », il leur est possible de paraître « à côté de leurs pompes » et de négliger tel ou tel aspect de la réalité ordinaire, le déni, la minimisation font partie de ces mécanismes plus larges qui sont la conséquence d'être « déconnecté de soi-même » : « dissocié », en pilotage automatique. La dissociation est un mécanisme fort utile, je peux ainsi accomplir des tâches sans en avoir particulièrement l'envie, parce que c'est comme ça maintenant : la vie

courante est une alternance association/dissociation. Dans la survie la dissociation de survie me fait perdre le contact avec les six dimensions de mon être : je peux ignorer les signaux concernant ma santé ou mes relations ou mes valeurs ; la « dissociation » l'emporte sur l'alternance association /dissociation de la vie ordinaire. Cette dissociation peut être tragique, être au milieu du danger et ne plus le percevoir, déconsidérer tous les signaux d'alerte pour sa situation économique ou sociale .....

*Cette dissociation ainsi décrite pourrait sembler ne renvoyer qu'à des aspects psychologiques, nous n'oublions jamais, dans le modèle holistique, que les déterminants peuvent obéir à des causes différentes qui nécessiteront des modalités d'intervention différentes. Ainsi, même s'il y a des similitudes au niveau de la disposition d'esprit une personne peut être impactée par des troubles neurocognitifs et/ ou des troubles de sevrage à moyen et long terme, peut être aussi par des troubles post SAF sous identifiés, etc. Nos collègues suisses de l'Olivier à Lausanne avaient mis en place des observations et critères discriminants pour distinguer : troubles neurologiques, protestations cachées envers les soignants ou la situation de soins, affiliation insuffisante : les réponses institutionnelles pouvaient alors être différenciées et ajustées. Considérer cette « dissociation » comme un mécanisme de survie et un élément de contexte permet de prendre en considération sa fonction protectrice. Lui octroyer une possible intention positive évite de renforcer une résistance.*



Dans la survie les personnes ont également **plus de mal à percevoir les intentions positives** de leurs interlocuteurs, le cerveau est en alerte défensive. Alors pour l'intervenant arriver avec de bonnes intentions ne suffit pas, il faudra donner de multiples signaux qui vont apaiser ces alertes pour que la personne accepte de percevoir nos bonnes intentions : « ouvrir les dialogues » nécessite ces préalables. Il y a une régulation émotionnelle de la rencontre à anticiper et conjuguer avec l'exercice des mandats institutionnels. Ceci renvoie aux lunettes à triple foyer dont Françoise Gérot parle par ailleurs.

Si vous êtes le conjoint ou un parent et que vos bonnes intentions ne sont pas perçues vous risquez de vous décourager ou de vous rigidifier et vous-mêmes. Comme intervenant, si vos mécanismes de survie sont activés, ne percevez plus les bonnes intentions de vos interlocuteurs.

Dans le monde de la survie : **la définition du problème devient de plus en plus identitaire**. Le problème c'est la personne ou la personne c'est le problème. « Il est » toxicomane, « il » ne peut plus s'en passer, « il » n'a aucune parole .....et nos habitudes culturelles s'imprègnent de ces façons de nommer les choses : le discours dominant impose ses habitudes forgées par des siècles et nous en sommes des porteurs malgré nous.

La « désintoxication » langagière est possible, par mutation épistémologique : la personne est la personne, le problème est le problème : la personne et ceux qui l'entourent sont en relation avec un problème (ou plusieurs). Nous sommes intéressés à savoir comment cette relation les affecte et comment ils y font face.

Tant que ce changement épistémologique n'est pas fait **les récits dominants sur les problèmes occupent la quasi-totalité de l'espace conversationnel**. Ces récits nous masquent les dynamiques singulières de chaque sujet dans ses rapports à toutes les dimensions de son existence (les six dimensions).

Les méthodologies et états d'esprit, que nous tenterons de partager avec vous, sont des invitations à ouvrir les dialogues sur ces niveaux singuliers. Ce sont toujours les mêmes personnes mais les récits produits par le biais de questionnement ou autres modalités favorisent ce que Carl Rogers avait appelé « l'émergence à la conscience » de réponses de reconnexion.



Cette phase de reconnexion à sa propre singularité existentielle est une étape du processus de changement, la suite ce sont des actions qui nourrissent les valeurs et les relations, changent les paysages émotionnels... (Le changement est « holistique », il colore plusieurs dimensions de l'être.

Malgré leurs intentions, les personnes **perdent leurs capacités à vouloir ou à maintenir leurs vouloirs**, leurs capacités à pouvoir ou maintenir leur pouvoir de réorienter leur vie (empowerment). La dimension motivationnelle ou volitionnelle comme le disait Sharon Wegscheider-Cruse est mise à mal jusqu'au point où on « parle couramment » d'un manque de volonté ».



## Pertes des protections et pertes d'autonomie vont de pair

Les « protections » diminuent et parce qu'elles diminuent : l'autonomie relationnelle diminue. Notre monde qui pousse à se débrouiller par soi-même appauvrit l'autonomie en ce sens que si je n'ai pas de soutien pour accomplir ce que je dois, alors tout dépend de moi et je dépends de chaque chose : supposez que vous deviez faire votre pain, vous dites Ok , supposons que vous deviez faire la farine , vous dites Ok , supposons que vous deviez produire votre blé , labourer votre champ et construire les outils pour le faire vous-même..... ?. Les protections c'est ça, tous les soutiens implicites et explicites que la société nous offre, alors quand les haubans sociaux cèdent, ce qui repose sur vous augmente et vos soutiens s'affaiblissent : votre autonomie relationnelle baisse. Et même si vous voulez alors vous ne pouvez plus, parce que ne pas dormir à cause des effets du sevrage, ne plus pouvoir prendre soin de ses enfants, ne plus pouvoir se rendre à un rendez-vous , ouvrir une enveloppe de bon ou moins bon courrier.....

L'addiction use jusqu'à la corde : je n'en peux plus, je n'en pouvais plus, c'était plus une vie, disent fréquemment ceux qui accèdent, le plus souvent grâce à une pression sociale protectrice.

Mais le miroir attractif que l'addiction exerce est d'une force incroyable (ceux qui ont vu les trois épisodes du Seigneur des Anneaux ont une certaine idée de cette force d'attraction). Si l'on considère l'usage de l'Anneau et sa faculté à passer dans cet autre dimension où l'on se rend invisible tout en étant présent comme une métaphore des usages de l'alcool et l'affirmation de Gandalf : plus celui qui le possède en fait usage plus l'Anneau lui impose son pouvoir, cette particularité sera fatale au Gollum.....mais je vous laisse investiguer plus avant cette lecture addictologique de cette saga.

En particulier la présence bienveillante de Sam auprès du héros. C'est parfois le rôle de proches, d'autres fois celui de soignants .....

## Au retour dans le monde de la vie



Dans le « monde de la vie » : les six dimensions de l'être tendent à être satisfaites

- il y a **alternance souple entre association** (ce avec quoi je suis en accord) **et dissociation** (ce que je dois ou ce que je ne peux m'empêcher de faire), je vais travailler même si j'ai hâte de voir le dernier film de mon héros préféré. ....
- **la personne est la personne, et le problème est le problème**
- il y a des récits, **une variété de récits possibles** qui ne sont plus les récits dominants sur l'histoire du problème
- il est possible d'avoir **accès aux intentions positives de ses interlocuteurs**
- **les personnes peuvent exercer leurs vouloirs** et ils sont encouragés à « pouvoir vouloir »
  - nous parler
  - oser agir

parce que nous avons renforcé leurs « protections » et soutiens, et pour certains nous sommes devenus des tiers sécurisants .



*Quand nous recevons des personnes avec des proches qui ont déjà cette fonction de tiers sécurisants nous gagnons un temps précieux. Ces proches servent aussi de traducteurs émotionnels. La thérapie en couple n'est pas la thérapie du couple mais souvent la thérapie par le couple où le conjoint est un auxiliaire pour l'autre.*

C'est ainsi que nous avons observé la pertinence d'hospitaliser ensemble des couples où les deux étaient aux prises avec un processus addictif. La stabilisation du système thérapeutique était difficile, mais une fois accomplie chacun des deux était un soutien pour l'autre : un tuteur de résilience. Boris Cyrulnik décrit cette dynamique dans l'Amour au bord du gouffre.

**C'est de notre responsabilité d'intervenants de créer les conditions favorables à cette reprise existentielle. Tiers sécurisant ce n'est pas partager une collusion dysfonctionnelle. Parfois nous devons être bien équipés pour accompagner.**



Les circonstances institutionnelles font parfois que les intervenants ne disposent pas individuellement ou collectivement de ces équipements alors plutôt que de rassembler les forces il arrive de les disperser. Il n'y a pas une seule boussole pour faire la différence entre tiers sécurisant et « tiers en collusion scénarique », la supervision le travail clinique et l'expérience finissent par créer les conditions de ce discernement.

*C'est en mobilisant les soutiens et la pression sociale bienveillante (jusqu'à la contrainte) que l'on renforce la motivation de pouvoir vouloir, parce que sans soutien le vouloir reste sans pouvoir. C'est en renforçant les soutiens qu'on renforce l'autonomie relationnelle.*

*Jean-François CROISSANT*



# Sommaire

Des addictions des familles et des groupes  
D'ici à là-bas ...  
*Amañ du-hont...*

# Bibliographie

Candide Beaumont : L'écart et la rechute existent en toxicomanies

Insoo Kim Berg et Scott Miller Alcool ;: une approche centrée sur la solution Ed Satas

Insoo Kim Berg, Susan Kelly : Des solutions à inventer dans les services à l'enfance Ed Satas / EDISEM

Julien Betbèze : Revue Hypnose et thérapies brèves : La relation thérapeutique: la construire, la développer Numéro spécial Janvier 2017

Teri Pichot et Yvonne Dolan : La thérapie brève centrée sur la solution dans les services médico-sociaux Ed.Satas

Jean-Paul Roussaux, Blandine Faoro-Kreit et Denis Hers : L'alcoolique en famille (2000), Ed De Boeck

Sharon Wegscheider-Cruse : Another chance: Hope and Health for the Alcoholic Family - 1981

Brigitte Lavoix : La thérapie orientée vers les solutions : manuel de traitement pour la thérapie individuelle

Jean-François CROISSANT :

- Familles et alcool. et les enfants !? Dépendance des parents et développement des enfants - Thérapie Familiale 2004/(Vol 25)

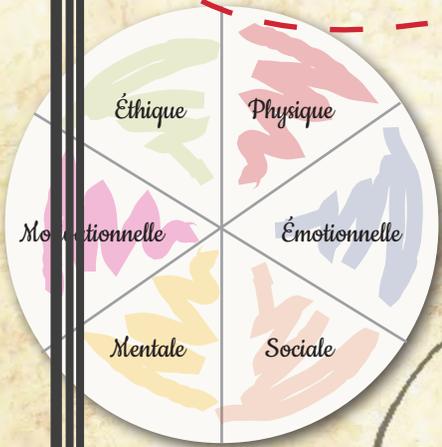
<https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2004-4-page-543.htm>

- Des outils pour la guidance systémique en alcoologie sociale :observatoire départemental de la protection de l'enfance . Conseil Général du Finistère

Et les enfants ? ! Un métamodèle pour les aider et aider leurs parents sous emprise de l'alcool, du constat des faits aux actions

Dr Jean Rainaut : Chronologie du vécu de l'alcoolique

texte de 1976 qui éclaire avec subtilité cette temporalité du vécu. Cette temporalité est également vécue en parallèle par les proches



Au long du chemin





# Chronologie du vécu de l'alcoolique

## Dr Jean Rainaut - 1976

*ancien chef de service des hôpitaux psychiatriques d'Aix-en-Provence, membre fondateur de la Société Française d'Alcoolologie et cofondateur de l'Association pour la Recherche et l'Enseignement en Alcoolologie et Toxicomanies (AREAT).*

### A - Introduction

Dans l'histoire de l'humanité, de nombreux produits psychotropes et toxiques ont été utilisés de manière courante mais généralement symbolique et culturelle. C'est même le seul cas où l'homme se croit autorisé à faire sur lui-même des expériences au long cours avec des produits toxiques qui, chez certains, peuvent entraîner des conduites toxicomaniaques.

Il y a dans notre pays, beaucoup de consommateurs d'alcool et, par voie de conséquence, beaucoup d'alcooliques.

Les consommateurs semblent communiquer symboliquement entre eux par le truchement de l'alcool, mais l'observation montre que la personne alcoolique ne recherche pas exclusivement cette communication et ce symbolisme.

On ne peut qu'être frappé par la solitude de l'alcoolique tout au long de son histoire. L'alcoolique est seul et cette solitude est différente selon les sujets et les périodes de sa longue trajectoire existentielle alcoolique.

La rencontre avec l'alcool de l'homme qui deviendra un alcoolique commence bien, comme dans la plupart des mariages librement consentis. C'est pourquoi ce mariage se poursuit, mais à la longue il finit toujours par tourner mal car l'un des partenaires s'avère plus fort que l'autre : l'alcool prend, toujours, le dessus parce qu'il entraîne une pharmacodépendance et qu'il est un produit toxique. Mais, dès le début, l'alcool se révèle être un produit psychotrope puisqu'il peut modifier le vécu et le comportement de n'importe qui en un quart d'heure : Il suffit au sujet le plus banal, le plus tranquille, d'absorber un litre de n'importe quelle boisson à 10° pour qu'il se modifie, parle, se manifeste et agisse autrement qu'à jeun.

La trajectoire de l'alcoolique paraît se décomposer en deux phases :

- Durant la première phase, certains sujets se différencient déjà des consommateurs banaux en utilisant préférentiellement les propriétés psychotropes de l'alcool.

Cette phase peut durer quinze jours comme elle peut durer quinze ans ou plus. Tout dépend de la structure personnelle, somatique et psychologique du sujet, des circonstances extérieures, des habitudes de son entourage immédiat, des stéréotypes et des croyances de la société dans laquelle il vit et plus encore de ses propres croyances qui se sont établies et consolidées déjà bien avant sa première consommation.

- Durant la seconde phase, se développent surtout les propriétés toxiques de l'alcool qui s'étaient déjà révélées insidieusement. Phase des complications, elle peut apparaître très rapidement ou se faire attendre 25 ans.

Entre ces deux phases se développera en les interpénétrant une interphase capitale.

L'alcool n'agit en profondeur que lentement. Jamais un consommateur d'alcool ne pense que s'il persiste, il deviendra peut-être alcoolique. Si on le met en garde, il n'y croit pas. Quand on lui propose de réfléchir au fur et à mesure de sa progression avec l'alcool, il continue pendant très longtemps à ne pas l'admettre. « Il nie », disent les non-alcooliques.

On peut formuler différemment : celui qui, avec un certain taux d'alcoolémie éprouve une modification qui remanie son vécu comme celui qui, capable de « tenir » des quantités d'alcool de plus en plus importantes accepte une consommation dite sociale considérable, ne prennent plus clairement conscience de leur situation. Ils ne se conçoivent pas aisément comme étant en train de devenir alcooliques pour la raison bien simple que, dans le langage courant, un sens péjoratif est donné au mot « alcoolique ». L'alcoolique est trop souvent considéré par les non-alcooliques comme un délinquant ou comme un personnage répugnant.

Pour se déclarer alcoolique, il faut déjà se juger sévèrement. La situation d'alcoolique est très longtemps déniée. Mais elle peut être perçue d'une toute autre façon si l'on parvient à aider le sujet à concevoir qu'il est en état de dépendance progressive à l'alcool.

### B - La solitude dorée ou la solitude paisible

Première phase : L'utilisation psychotrope de l'alcool :

On serait tenté d'appeler cette phase, la phase du « tapis volant », celle des contes arabes. Les choses sont belles, chatoyantes, agréables ou, tout au moins, non traumatisantes.

Si des millions d'êtres humains usent de ce recours à l'alcool, c'est que pour eux il en vaut la peine. Ce n'est pas du masochisme, au contraire, ils en retirent des avantages, autrement que par le biais de la couleur. Dans son jugement péjoratif envers l'alcoolique, le non-alcoolique ne tient pas compte de ces avantages. Il ne les soupçonne même pas.

Celui qui les ressent n'ose pas en parler. Il faut pour obtenir cette confiance être en confiance avec lui et suffisamment au courant de la façon avantageuse dont l'alcool modifie le vécu intime.

Si l'alcoolique disait : « l'alcool me fait du bien, il me plaît, pour moi il est bon ». Il risquerait de s'entendre rétorquer sous forme de jugement de valeur par le non-alcoolique : « non seulement vous êtes un être infect, mais vous vous vantez ».

Dans une culture comme la nôtre où la consommation d'alcool est considérée comme une norme allant de soi et où



l'abstinence pose des problèmes même quand elle ne demande pas une justification, un sujet qui consomme de l'alcool « comme tout le monde » peut percevoir à un moment donné, soit d'emblée, soit à la longue, une modification entraînée en lui par l'absorption d'alcool qui lui apporte un certain bénéfice.

Ce peut être une sensation de bien-être, l'impression de se sentir mieux dans ses limites, dans sa peau, de pouvoir mieux parler aux autres, d'être moins inquiet, moins importuné par les contingences extérieures. Ce peut être l'impression de vivre un moment exceptionnel hors du temps. Ce peut être pour un autre une simple sensation de quiétude, de superbe indifférence à soi-même et au monde. Ce peut être encore l'impression subjective d'un meilleur fonctionnement.

Qui accepte ce bénéfice ne manquera pas d'être toujours présent sur le circuit de l'alcool, sur le lieu où il est distribué, qu'il le paie ou qu'on le lui offre. Saisissant tous les prétextes et toutes les occasions, il participera à plusieurs alcoolisations par jour, sans pour cela déroger à la bienséance, à la règle, sans transgresser la loi, en ayant l'air de sacrifier simplement aux coutumes. En réalité, s'il sacrifie aux coutumes ce n'est pas uniquement pour faire plaisir aux autres dans un geste symbolique, c'est surtout pour lui-même, parce qu'il trouve dans l'alcool, et de plus en plus souvent, un bénéfice qu'il accepte. On pourrait dire à titre d'hypothèse, qu'il risque de s'y conditionner lentement.

D'autres ne se contentent pas d'accepter ce bénéfice, ils le recherchent activement, souvent très vite et solitairement.

Les uns et les autres ne se différencient pas tellement dans l'ordre du Désir. Tous utilisent un véhicule, un moyen. Que l'on appelle les uns consommateurs à risques, les autres sujets névrotiques, traduit certainement une réalité et nécessite peut-être des abords différents, mais il importe d'avoir compris que consommateur dit excessif ou névrotique, chacun y trouve son compte.

Quel que soit son mode d'entrée dans l'alcoolisation, ce sujet tend « peu à peu à provoquer et à multiplier les périodes durant lesquelles l'alcool lui permet de ne plus être gêné par ses différents problèmes quotidiens et de ne plus avoir à faire des choix.

Il n'entre pas immédiatement dans la voie catastrophique de l'alcool. Pendant longtemps il est encore en mesure de résoudre la plupart de ses problèmes. Il a cependant compris que chaque fois qu'il élève son alcoolémie, il se met dans un état particulier, rarement perceptible du dehors, mais au cours duquel il ne perçoit plus le monde environnant comme importun.

Petit à petit, dans cet état-là, il se sent presque étranger au monde et ce monde lui paraît étrange. Il se voit un peu comme un martien sur la terre, mais le non-alcoolique, l'observateur neutre, ne voit rien, ne décèle pas du tout ce qui se passe à l'intérieur du sujet. Il y a là un vécu personnel, secret dont peu d'alcooliques osent parler.

En dehors d'une éventuelle consommation culturelle de base, ces phases d'alcoolisation recherchée peuvent être quotidiennes ou intermittentes. Certains sujets peuvent ne pas consommer durant plusieurs semaines puis s'alcooliser intensément durant huit à dix jours. D'autres consommeront chaque jour en provoquant de temps à autre des accélérations de l'alcoolisation. Chacun a son rythme particulier, sa manière et sa motivation personnelle de boire et dispose ainsi de son véhicule personnel que pendant longtemps il va manœuvrer à sa guise. Il se sent à la fois normal et différent du monde.

D'autres toxicomanes (héroïne, L. S. D. surtout) racontent cette aventure beaucoup plus facilement que les alcooliques, l'étaient presque comme une provocation. Ils emploient le terme « faire le voyage ».

Il apparaît maintenant que différents types de voyages existent également chez les alcooliques beaucoup plus fréquents et beaucoup plus intenses qu'on ne le croit. Certains d'entre eux ont même vécu de véritables « flashes », alors que d'autres toxicomanes parlent de flash aisément. Ceux-ci s'en vantent, les alcooliques eux, se taisent. La seule différence entre eux est une différence de présentation.

Dans ce voyage qui peut durer quelques heures ou quelques jours, l'alcoolique est seul. C'est la première des solitudes de l'alcoolique.

Mais cette solitude n'a pas une tonalité désagréable ni dysphorique. Elle est ineffable, intransmissible, souvent élatrice, parfois presque mégalomane. Le sujet a l'impression que tout est devenu simple, facile, que rien ne peut l'entamer.

Même lorsqu'il continue à parler avec d'autres personnes, il ne se sent plus concerné. Tel « Alice au pays des merveilles », il est passé de l'autre côté du miroir, mais personne ne s'en est aperçu ».

Au cours du voyage, le sujet se supporte comme il voudrait pouvoir se supporter toujours et, s'il utilise l'alcool comme véhicule personnel c'est peut-être quelquefois qu'à l'état normal à jeun il se supporte mal, se sent mal à l'aise, alors que pendant l'alcoolisation il est bien, il est à l'aise mais pour un autre c'est peut-être le désir de s'octroyer un supplément de plaisir qui motive le supplément de consommation. Mais dans les deux cas la consommation a changé de signification et de fonction elle n'est plus un agi social, elle est devenue un agi personnel.

Pendant très longtemps encore il peut agir, même dans cet état-là, sujet à double face, il est capable de raisonner sur deux niveaux différents : par sa voix extérieure il raisonne au niveau du réel des autres pour accomplir différents actes ; par sa voix intérieure il vit dans la sensation imaginaire décrite plus haut. Tout dépend de l'intensité de l'alcoolisation, du taux d'alcoolémie. Plus le temps s'écoule, moins il est en mesure d'agir profondément. Ses réactions deviennent de plus en plus superficielles. L'action l'intéresse de moins en moins. Perdant son intérêt pour son aspect extérieur, il se préoccupe de moins en moins de l'image donnée et privilégie l'aspect intérieur du voyage.

Pendant les phases d'alcoolisation, certains sujets s'imaginent -est-ce une rêverie ou un fantasme ?- en train de faire ce qui leur plaît ou de réaliser ce qu'ils auraient aimé faire lorsqu'ils étaient plus jeunes. Quelques-uns disent même : « Je me sentais réalisant mes rêves d'enfants ». D'autres font des rêveries, des souhaits d'adultes et les imaginent se réalisant sans contrainte. D'autres se sentent plus simplement inaccessibles à tout traumatisme, dans une sécurité sans histoire, comme le fœtus dans l'utérus de sa mère. Ils disent : « Je dors ou j'oublie tout ». Certains autres s'isolent dans leur chambre



et boivent solitairement. D'autres s'isolent fort bien au milieu des autres et, tout en ayant l'air de communiquer avec eux, peuvent vivre sur une espèce de tapis volant ou dans un cocon ou dans une capsule transparente à travers laquelle ils promènent leur regard et considèrent le monde comme une sorte de fourmilière bizarre, ou encore ne se sentent plus concernés par lui, vivant alors comme à l'intérieur d'un aquarium ou d'un bathyscaphe dans lequel ils se sentent bien, tandis que les autres se promènent autour d'eux sans percevoir la modification de leur état interne.

Pendant les périodes d'alcoolisation, le sujet se sent hors des dangers, hors des soucis, hors des ennuis, hors d'atteinte et, surtout, hors du temps. Il se sent fort, invulnérable.

Il est important de se rappeler que, lorsque le taux d'alcoolémie redescend, les contours du monde extérieur se précisent de nouveau. Avec eux resurgissent les problèmes à résoudre. C'en est fini de la nuit de Cendrillon, de la robe de princesse, des souliers de vair : il faut remettre ses hardes habituelles. Avec les problèmes réapparaissent les tensions à supporter et la notion du retour au temps réel qui comporte à la fois un passé lourd, reproché en permanence et un futur qui impose l'établissement d'un programme. Lorsqu'il faut définir de nouveau un programme et redevenir un projet, le sujet alcoolique, en l'absence de l'alcool, rencontre des difficultés ; sur le tapis volant, dans la capsule ou dans le cocon, le temps subjectif était très particulier. On a longtemps cru qu'il s'agissait d'une suspension du temps au sens d'un présent permanent, mais l'alcoolique pouvant bien verbaliser son vécu nous apprend une chose étonnante : Le temps n'est alors ni un présent, ni un passé, ni un futur. La notion de temps n'a elle-même plus aucune signification. Le vécu se déroule dans une espèce d'intemporalité absolue, dans un non-temps qui ne peut être raconté que par certains de ceux qui l'ont vécu.

C'est une sensation d'autant plus difficile à transmettre que les autres ne la comprennent pas. Tout se passe comme si le sujet était en « apesanteur » dans le temps des autres.

Ce n'est qu'au retour, lorsque son alcoolémie baisse, qu'il s'aperçoit que le temps des autres existe et que ce temps des autres redevient le sien, alors que sur le tapis, dans la capsule ou dans le cocon, le vécu n'avait été intemporel que pour lui-même. Ce n'est pas le voyage, c'est le retour au sol, le retour au réel qui est désagréable, maussade, lourd de contraintes.

A l'insu du sujet, la suradaptation biologique de l'organisme permet le développement du mécanisme et de la double TOLÉRANCE métabolique et nerveuse qui entraîne l'augmentation de la consommation. Dans un autre ordre logique la recherche renouvelée d'une modification du vécu peut évoluer subrepticement vers l'établissement d'une relation privilégiée du sujet à cet « état vécu sous alcool ». Cette relation privilégiée risque de devenir prévalente, par rapport à tous les autres types de relation établies par le sujet avec lui-même et avec son entourage et le monde extérieur : relation au travail, au conjoint, aux enfants, à la famille, aux amis, aux collègues de travail, aux voisins, à l'argent, à l'autorité avec ses règles de vie sociale, à la loi, aux valeurs, à la morale, à l'éthique : le désir de consommer, d'avoir recours au produit modificateur du vécu évolue vers une DÉPENDANCE PSYCHOLOGIQUE qui sera difficile à réduire. Elle est établie dans l'ordre du souvenir.

## C - Inter-phase : La solitude anxieuse.

Il n'y a pas de frontière entre la première phase, phase de l'utilisation psychotrope de l'alcool, et la seconde phase, phase catastrophique des complications toxiques et des effondrements.

Entre les deux existe une inter-phase dynamique faite de doutes, d'interrogations, de sensations, lueurs fugitives, d'espoirs, de dénégations : oui, non, peut-être, n'importe quoi, tout défile à toute vitesse dans l'esprit, lointain prélude à l'abandon ; le sujet ne cherche plus qu'à privilégier l'aspect intérieur du voyage qui commence à perdre de sa qualité, de son intensité.... Si le bénéfice est parfois minime il est cependant toujours poursuivi.

Il est quelquefois remplacé, à la suite d'une erreur de dosage, par une ivresse imprévue, signe du ratage. La « DOSE UTILE » varie d'ailleurs d'un jour à l'autre selon la condition du sujet et selon les circonstances et la situation extérieure.

Le sujet sent que lui échappe la maîtrise de la manœuvre de la consommation d'alcool, qu'il se dégrade de plus en plus et qu'il aboutira à son insu à une perte totale et définitive de la liberté de manœuvre avec l'alcool, sceau de la pharmacodépendance. En lui s'infiltré une impression progressive, croissante, d'impuissance, un désir de retourner en arrière (vers le temps de la toute puissance, de redevenir « comme avant »). C'est l'époque des résolutions, des tentatives, du recours à des subterfuges, tels que de se cacher à soi-même des bouteilles ou de les casser. La personne anthropomorphise l'alcool, lui parle dans une démarche infantile. Il lui en veut tout en continuant à espérer tout de lui.

Cette interphase, époque de la poursuite éperdue du retour à l'époque de la maîtrise sur l'alcool, celle des atterrissages plus difficiles, celle de l'abandon progressif d'une référence personnelle à l'image projetée à autrui, celle de la lutte pied à pied pour un terrain qui se perd chaque jour davantage, cette interphase « est celle de l'individu seul contre le monde. Ce n'est plus la solitude magnifique ou douce de la première phase. La solitude est maintenant anxieuse, sinistre. En effet, malgré tous les efforts survient une impression de glissement inexorable, comme si le sol se dérobaît malgré son désir. La situation évoque une situation de double lien. Le sujet ressent qu'il ne manipule plus l'alcool aussi bien, qu'il y a maintenant des ratés dans le voyage, mais il ne sait pas qu'il est déjà alcoolique. Le lui annoncer et l'envoyer sans discussion se faire traiter en prétextant que l'alcoolisme est une maladie, est un discours de non-alcoolique qui ne peut être entendu ou tout au moins qui est rarement suffisant pour être efficace.

Il vaut mieux lui parler de ce qu'il vit et non de ce qu'il ignore ou de ce qu'il a à faire. Ce qui sera à faire, c'est lui qui le décidera plus tard. Pour l'instant, l'alcoolique espère toujours pouvoir remanipuler l'alcool à sa volonté alors que le non-alcoolique lui parle d'abstinence.

La perte de la liberté de manœuvre n'est pas encore la perte de la liberté de s'abstenir, mais déjà l'alcoolique doit abandonner l'idée de boire et de redevenir un banal consommateur d'alcool.

C'est pourtant au cours de cette interphase que le sujet a de plus en plus souvent et de plus en plus volontiers recours à l'alcool tout en se proposant de temps en temps d'exercer une suspension de quelques heures ou de quelques jours dans ce recours.



Devant une glace il se demande s'il n'y a pas quelque chose de changé. L'alcoolique n'est pas aussi aveugle à sa propre image qu'on veut bien le dire, mais il n'aime pas en parler. Il est déjà assez peiné de constater tout seul qu'elle se modifie. D'autres modifications surviennent : impatience, irritabilité, diminution de l'appétit, troubles du sommeil, troubles sexuels, toutes conséquences insidieuses de la toxicité de l'alcool.

Les manifestations de cette toxicité étaient seules dans les livres de médecine décrites sous le nom d'alcoolisme. On les appelle maintenant alcoolopathies secondaires.

Décrire la cirrhose ou la polynévrite comme étant l'alcoolisme est un anachronisme. Elles sont plutôt des complications lointaines de l'alcoolisme.

L'alcoolisme en soi est la façon dont quelqu'un utilise l'alcool pour lui. Il est constitué par l'établissement d'une pharmacodépendance caractérisée par la perte progressive de la liberté de manœuvre avec l'alcool qui, à son tour chez certains, entraînera une perte de contrôle allant jusqu'à l'ivresse après la première ingestion et, chez d'autres, une difficulté de s'abstenir d'alcool, ne fût-ce qu'une journée.

L'alcoolique, au cours de l'interphase, devient moins exigeant pour lui-même. De l'extérieur, on le juge : « il se relâche ». Mais après chaque phase d'alcoolisation le retour au monde de la réalité est de plus en plus pénible, de plus en plus difficile à supporter. Quelques essais d'abstinence, de courte durée, réussissent parfois au prix d'une certaine tension. Il y a là une situation artificielle analogue à celle du plongeur qui descend en apnée en se bouchant le nez pour voir combien de temps il tiendra. En fait, le plongeur en apnée sait bien qu'il ne tiendra pas longtemps et, comme lui, l'alcoolique qui, dans cette interphase, s'oblige pour un temps à se placer en état d'abstinence, sait bien à ce moment-là qu'il ne désire pas demeurer abstinent toute sa vie. Il ne cherche pas à abandonner l'alcool mais à vérifier et à assurer sa capacité (perdue) à le maîtriser. C'est un essai d'appréciation et non une décision définitive d'abstinence. L'alcoolique est seul lorsqu'il pratique cet essai. Il est content de constater qu'il peut s'en passer pendant un jour ou deux mais de moins en moins aisément.

Comme le plongeur en apnée qui se dit : « Je suis resté une minute sous l'eau », l'alcoolique se dit : « j'ai battu mon record, je suis resté cinq jours sans boire ».

Il le note, puis, si on lui parle d'alcool, il l'annonce à son interlocuteur, il le répète, il ne peut pas croire que ce qui le lie à l'alcool est devenu un véritable ligotage.

Pendant, entre les essais d'abstinence, les envies d'abstinence et les phases d'alcoolisation, les allers et retours se succèdent, se télescopent, se confrontent, s'affrontent. Les efforts, les entrelacements essai-échec témoignent d'une lutte de plus en plus désespérante, anxieuse, préoccupante, la disponibilité pour d'autres tâches s'amenuise.

Le non-alcoolique ne sait pas que la plupart des alcooliques ont lutté intérieurement parce qu'ils ne l'ont jamais dit. Aussi longtemps que l'alcoolique mène cette lutte sans être certain de la gagner, aussi longtemps qu'il risque de la perdre, il n'en parle pas, il n'ose pas dire qu'il est en train de lutter. Plus qu'on ne le croit, il lutte pour essayer d'échapper à une autre sorte de vécu particulier où il se sent progressivement devenir étranger à tout d'une manière inexorable. Tout s'éloigne de lui. Il sent qu'il va être seul, absolument seul. Il aimerait tuer l'alcool, il l'insulte. Pendant ce temps le non-alcoolique n'enregistre que les échecs qu'il appelle « rechutes » ou « retomber dans le vice » et il les sanctionne par des jugements de valeur. La lutte non perçue de l'extérieur est qualifiée de rechute permanente. Dans le langage psychiatrique, on interprète les phases d'alcoolisation comme un repli narcissique, mais, à l'inverse du repli narcissique du psychotique qui ne se fait ni à court terme, ni sur commande, le repli de l'alcoolique ne se fait jamais sous forme de voyage continu, mais en voyages successifs, parfois rapproché les uns des autres, que l'on provoque à la demande et dont on assurera pendant longtemps la direction. Lorsqu'il se replie dans ses voyages, ce n'est, dans l'esprit de l'alcoolique, qu'une demande momentanée. Il se dit chaque fois que demain tout se passera autrement, mais en attendant, insatisfait il s'échappe du réel de tous, et peut, comme le cosmonaute, échapper à la pesanteur. La différence essentielle est que le cosmonaute ne peut pas agir seul sur sa capsule alors que l'alcoolique peut se remettre seul en route. Il lui suffit de remonter son alcoolémie en utilisant le véhicule alcool.

L'alcoolique sait que sans alcool il vit dans le champ du réel de tout le monde, même s'il ne s'y plaît pas, même s'il y est mal à l'aise, même s'il ne lui paraît pas assez intéressant.

Lorsqu'il utilise le véhicule alcool pour un nouveau voyage, il sait que celui-ci se terminera inexorablement avec la baisse de l'alcoolémie et que le retour dans le champ du réel partagé est inévitable. Il espère et redoute à la fois ce retour ; cette ambivalence le tracasse et le tenaille. Il espère en même temps que le prochain voyage sera réussi et en même temps, plus confusément, il lui arrive d'espérer qu'un jour il pourra s'en passer. Mais dans ce voyage il est seul, sans avenir, lié à lui-même dans son propre corps, dans sa propre histoire, dans sa propre signification. Ce voyage est le sien, il n'est pas communicable, il n'est jamais le même que celui d'un autre ni dans sa qualité, ni dans son intensité. Chacun a son désir personnalisé. C'est lors du retour, lorsque le taux d'alcoolémie s'abaisse que l'espace et le temps reprennent leurs dimensions normales.

Les « anciens buveurs » devenus abstinents nous confient très souvent que, pendant longtemps, personne ne les a aidés, alors qu'ils auraient aimé être aidés. Ils formulaient donc bien quelque part une demande qui n'était entendue de personne ou qu'ils ne parvenaient pas à transmettre.

Être alcoolique c'est d'abord adopter une attitude d'écoute de l'alcoolique en vue de décoder sa demande, même si elle n'est pas exprimée en termes clairs. Le suicide de l'alcoolique signifie donc bien souvent : « Personne ne m'a entendu et je ne parviens pas à trouver d'autre solution dans laquelle je puisse me supporter. Je ne peux continuer à vivre... ainsi ». Et si on proposait de l'aider à vivre AUTREMENT... ?



## D - La solitude résignée puis marastique - La solitude noire

Deuxième phase : La phase de la toxicité de l'alcool , les effondrements

Longtemps insidieuses, les propriétés toxiques de l'alcool prennent un développement majeur sur tel ou telle fonction ou organe selon les structures. Elles prédominent sur toutes les autres propriétés de l'alcool dont les qualités s'estompent. La perte de la liberté de manœuvre à l'égard de l'alcool va s'aggraver de la difficulté, puis de l'impossibilité de s'abstenir, de l'effondrement de la tolérance, de l'effritement de toutes les relations avec l'extérieur, avec les autres. C'est ici que l'image de la mort apparaîtra d'elle-même aux sujets qui, non soignés, non aidés, accepteront cette idée de leur propre mort dans une sorte de résignation triste, bizarre. Pendant quelques temps encore le sujet va refuser aux autres le droit de lui dire qu'il est alcoolique mais, constatant qu'il ne peut ni reprendre la maîtrise sur l'alcool ni l'abandonner, il fera sienne cette opinion que tout le monde ne cesse de lui répéter : « Je suis incurable ».

Il vit de plus en plus mal avec l'alcool mais ne peut plus non plus vivre sans lui. On lui répète pendant ce temps : « qui a bu boira », « il est trop tard », « tant pis, à quoi bon lutter ? » se répond-il en écho.

Observé du dehors, il perd ce que les autres appellent sa dignité. Il oublie l'image de soi idéale du personnage qu'il aurait voulu être. Il essaie pendant quelques temps encore de projeter une image favorable. Quand on lui parle d'alcool il minimise par habitude les quantités absorbées, rationalise, triche un peu, cache encore les bouteilles. Peu à peu il s'y efforcera de moins en moins jusqu'au jour où la quête de l'alcool va dominer le tableau chaque jour davantage pour devenir, dans la phase terminale, l'unique activité.

Quelques-uns parvenus à cette phase n'ont plus d'autre but de survivre que de rechercher l'alcool, de trouver des moyens pour s'en procurer. Situation véritablement poignante, d'une existence vidée, semble-t-il de toute signification. Tout s'aggrave, s'effondre, se désagrège : les liens conjugaux, les liens familiaux, l'estime des enfants, la qualité du travail, l'équilibre du budget, l'éthique, les références personnelles aux systèmes de valeurs. On ne part plus en vacances, on n'a plus envie de voyager, on délaisse les amis, on esquive les réunions, on se met en congé sans but, on quitte son emploi. Après avoir déserté les expositions, les films, le théâtre, on ne lit plus de livre, ni même de journal. Si certains soirs on entend des conseils, des exhortations, des suppliques, des récriminations, on les évite d'abord en racontant n'importe quoi, en niant l'évidence, puis on finit par ne plus écouter.

On reboit pour ne plus être importuné jusqu'au jour où on se fâche contre tout, pour rien. Sur une simple étincelle le drame peut à ce moment-là éclater. L'arme est chargée, il n'y a plus qu'à appuyer sur la gâchette.

Certains ne s'aperçoivent de rien, croient que tout va bien. Ils vivent une espèce de vie banale, de routine de tous les jours. Cet état d'apsochognosie a remplacé les heures colorées du tapis volant et de la capsule. Il est plus terne que les heures quiètes du cocon. Ils peuvent vivre ainsi pendant des années accomplissant dans la routine des actes simples dans un état de pseudo-démence dont peu d'observateurs se rendent compte. Leur conversation est rudimentaire, leur comportement est répétitif, ils ne créent plus rien, n'acquiescent plus rien. Ils avancent sur l'erre, diraient les marins.

Au cours de cette période se précisent après les troubles fonctionnels les différentes alcoolopathies secondaires plus graves, les troubles lésionnels qui peuvent à leur tour altérer toutes les capacités, physiologiques vitales. Cette période peut durer quelques mois, de longues années. Tout dépend alors des différentes vulnérabilités (fragilités latentes) génétiques, innées ou acquises qui existent pratiquement chez la plupart des êtres humains.

Il s'agit maintenant d'une solitude très pauvre annonçant, si un traitement n'est pas mis en cours, un marasme à plus ou moins long terme.

Assister impassible au nom de la liberté d'autrui au spectacle d'un être humain qui s'enlise, lui adresser des reproches alors qu'il s'enfonce, lui faire de la morale jusqu'à ce qu'il disparaisse, est une attitude sadique.

Juger un alcoolique comme coupable et responsable unique et se donner le droit seulement de lui adresser des reproches sans l'assister c'est se donner le droit de laisser l'alcool, que tant d'autres consomment autour de lui, le séduire d'abord dans un mirage, dans un leurre, dans une solitude dorée, pour le dissoudre ensuite corps et âme dans une solitude -glacée.

Une issue : Le suicide

Le suicide est assez fréquent chez les alcooliques. Plongée dans le néant de la mort, il paraît tout résoudre, il ne résout généralement rien. Il n'est qu'une parole.

Délivrance ? Oui, mais pour qui ?

Il arrive que le suicide de l'alcoolique délivre de leur possible culpabilisation ceux qui avaient le désir de le voir réellement ou symboliquement éliminé.

Les fantasmes d'élimination des alcooliques ne sont pas rares chez les non-alcooliques et orientent leur attitude vers le rejet.

Les alcooliques, qu'ils soient non alcooliques ou anciens alcooliques, ne peuvent adopter cette attitude.

L'alcoolique qui vient de disparaître dramatiquement s'est supprimé parce qu'il n'entrevoit que deux solutions : vivre dans un monde avec les autres dans un malaise permanent ou vivre en dehors d'eux avec des troubles de plus en plus accentués qui délabrent le jugement porté sur eux.. Son suicide est probablement la dernière manifestation d'une demande que personne n'avait su décoder. On peut se demander même si ceux qui l'ont laissé se marginaliser progressivement pendant toute la durée de cette interphase, ne l'ont pas aidé à se suicider.

L'accompagnant rétablissant la communication rendra possibles un dialogue compréhensible de part et d'autre et une relation entre êtres humains adultes.



### Autre issue : Le retour à l'alcool

C'est la fuite dans un nouveau voyage lorsqu'au retour dans le monde réel tout est mal vécu et lorsque personne n'est là pour aider à renoncer à l'alcool. Solution facile, immédiate, peu coûteuse en effort, il suffit de tendre la main vers un autre verre. Le temps de l'attente est fonction de l'image de soi que l'on désire projeter aux autres (en particulier lorsqu'on est investi d'un rôle), fonction du gradient de tension que l'on est capable de supporter. Séduisante fuite, le retour à l'alcool signe, au moins pour le jour même, l'échec du renoncement à l'alcool.

Peut-on continuer de reprocher à l'alcoolique de recourir sans cesse à une recherche de l'irréalité de temps, à une pseudo solution qui n'amène généralement qu'à un échec existentiel ? Il a employé tout simplement le moyen mis à sa portée et qu'il avait estimé être efficace.

Mais le temps réel ne se suspend pas et avec lui se développent à la longue les propriétés toxiques de l'alcool.

Elles vont amener progressivement et à des échéances diverses selon les personnalités, à l'image de la mort. On l'imagine trop souvent comme inconsciemment désirée par l'alcoolique observé du dehors, alors qu'elle n'est quelquefois qu'un désir enfoui, non avoué du non alcoolique à l'égard de l'alcoolique.

Les alcoolopathies, elles, finissent par tuer. On ne meurt pas d'un délire, mais on meurt d'une cirrhose, ou d'une encéphalopathie, ou d'une myocardie alcoolique. Beaucoup de psychiatres tendent à croire que la conduite alcoolique est une conduite suicidaire puisqu'elle contient un risque, mais les sujets qui s'alcoolisent ne pensent pas au risque. Rares sont ceux qui ont envie de mourir. Agiter devant eux le spectre de la mort ne parvient pas souvent à leur faire prendre une décision de ne plus boire. Il arrive parfois que l'on stimule le désir de consommation en stimulant le désir de braver le risque.

La représentation culturelle de l'alcool est telle que certains sujets qui ont été traités à la fois sur les plans physique, psychique et somatique, qui au sens de l'état de santé, vont bien, ne s'imaginent pas redevenant alcooliques mais ne s'imaginent pas non plus comme devant demeurer indéfiniment abstinents.

Une décision d'abstinence seulement momentanée porte déjà en elle la prochaine rechute. Une décision d'abstinence définitive ne peut être que personnelle. Elle ne peut pas provenir d'un ordre venant de l'extérieur. Elle ne s'affiche pas, elle se vit. Le vieux rêve du retour à une consommation continue dite « raisonnable » est à exclure. De nombreux sujets qui, après de longues périodes d'intoxication alcoolique ont, par un traitement et une abstinence, échappé de peu à la mort, voient s'éloigner d'eux cette image et sont tentés de se croire redevenus de banaux consommateurs potentiels.

Il s'avère que, lors des actions de prévention, la menace de la mort est un argument non valable, archaïque. Une véritable prévention de l'alcoolisme ne peut se faire qu'à travers un discours sur l'alcool et l'alcoolisation. Personne ne projette jamais de devenir alcoolique mais seulement alcoolisé.

Le discours ne doit pas être bâti sur la mort, image d'une diminution de la quantité de vie, mais au contraire sur la qualité de la vie que l'alcool peut altérer. La qualité de la vie est modifiée par l'alcool. Agrémentée au début elle va se dégrader inéluctablement.

L'alcoolisme entraîne à long terme une perte énorme de la qualité de la vie.

### Dernière issue : Le renoncement au recours à l'alcool

Renoncer à l'alcool pour accéder à la simple vertu héroïque de l'abstinence est un leurre, un piège qui fait courir le risque de dépression. Il n'y a pas de gloire à être abstinent : C'est une nécessité, un moyen. Un discours médical basé sur une information incomplète inexacte énoncera : « Puisque c'est un toxique, maintenant n'en prenez plus trop ». Ce qui amènera à proposer au malade soigné : « vous êtes guéri, maintenant buvez modérément ». La modération dans la consommation d'alcool peut être proposée à de nombreuses personnes, mais elle est un raisonnement erroné dans le cas de l'alcoolique qui a perdu sa liberté de manœuvre. Un alcoolique peut rarement vivre sans problème apparent en conservant une consommation d'alcool. L'abstinence n'est pas une vertu. Elle est simplement une prescription à laquelle il convient de souscrire pour pouvoir, à partir d'un autre type de fonctionnement, choisir soi-même sa voie dans une nouvelle façon de concevoir le monde et de se concevoir en lui. C'est peut-être d'ailleurs après le renoncement à l'alcool que les vrais problèmes vont se poser. L'alcool n'en avait fait disparaître aucun. Il faudra bien tenter de les résoudre, ce que l'abstinence ne fait pas non plus ; au contraire, elle va permettre de se dire : « j'ai des choses à faire ». Alors que l'alcoolisation permettait de se dire : « je ne résous pas les problèmes, ils ne m'importent pas, cela ne me gêne pas qu'ils ne soient pas résolus et cela ne me gêne pas de ne pas les avoir résolus ».

Il va s'impliquer la nécessité de s'assumer, face à l'existence de tous les jours, c'est-à-dire de se vivre tel que l'on est, mais cette fois sans le recours à l'alcool.

Il est exceptionnel qu'un sujet puisse y parvenir seul lorsqu'il est arrivé à l'interphase ambivalente. Il lui sera le plus souvent indispensable d'avoir recours à ce qu'on peut appeler des « accompagnants » que d'autres appellent « intervenants » ou « thérapeutes ».

Un accompagnant est quelqu'un qui vit avec vous pendant. Un certain temps, qui fait une promenade avec vous. On y retrouve les notions de lieu et de temps, notions restructurantes. Que ces accompagnants soient bénévoles, anciens buveurs ou non, ou qu'ils se disent thérapeutes professionnels, médicaux, psychiatriques, travailleurs sociaux, psychologues, alcooliques... peu importe.

On avait tendance à penser, il y a quelques années, que l'alcoolique qui quitte l'alcool va le remplacer par autre chose. La réalité est moins simpliste. L'alcoolique qui quitte l'alcool fait autre chose, ce qui n'est pas du tout pareil. Il va consentir à s'accepter, à se vivre - ce qui n'est pas toujours facile - il va vivre avec les autres autrement que lorsqu'il était sur son tapis volant, alcoolisé. Ce tapis lui permettait de se soustraire avec facilité au monde interrelationnel. Renonçant à l'alcool, il accepte de donner à son existence une qualité plus continue que les mises entre parenthèses discontinues que représentaient ses phases d'alcoolisation, et il peut ainsi envisager de se projeter vers l'avenir.



Tous ces voyages fascinants, fantastiques, étaient toujours identiques et ne comportaient pas de futur possible.

Renoncer à l'alcool c'est accepter d'ouvrir à nouveau les yeux au monde. Pour reprendre l'expression que nous ont donnée plusieurs anciens, de l'alcool, c'est revivre une nouvelle naissance », c'est envisager sa propre existence d'une nouvelle façon, c'est admettre de redevenir soi-même, ce que l'on pourrait appeler un projet. On serait tenté d'interpréter : « Il va désinvestir l'alcool pour investir ailleurs ».

On est plus proche de la réalité en énonçant : « il va cesser de n'investir que lui-même au moyen du véhicule alcool et il va envisager d'investir ailleurs ».

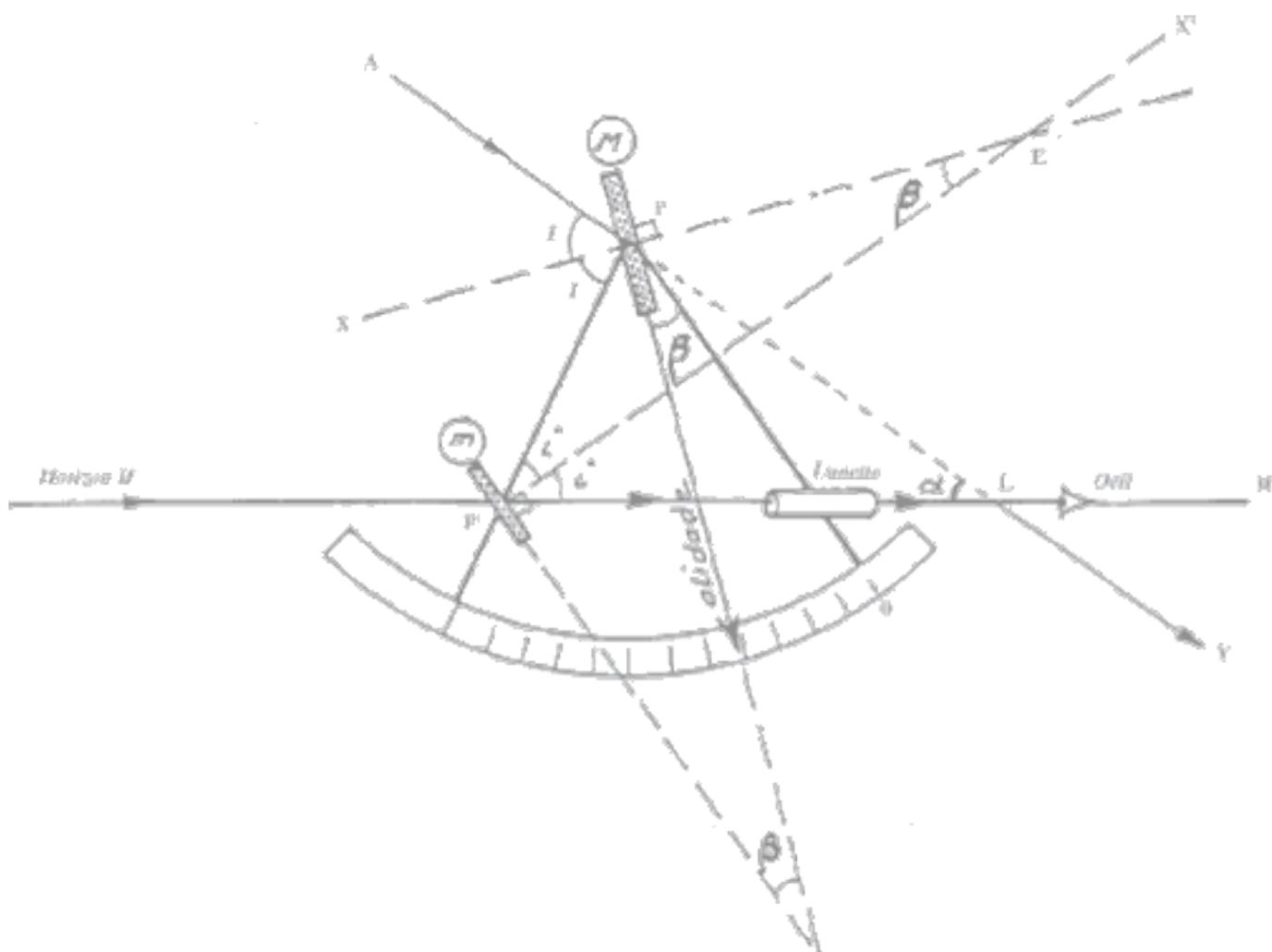
L'alcoolique, dans son alcoolisation, s'investit bien lui-même. L'alcool n'est pas l'objet investi, mais un moyen transitionnel.

Renoncer à l'alcool ! Proposition facile à énoncer et à écrire, beaucoup plus difficile à réaliser, presque surhumaine à réaliser en solitaire. C'est ici que se situe toute l'importance des accompagnants ; la durée d'accompagnement sera différente selon les sujets. Les uns auront besoin de n'être accompagnés que pendant quelques jours, d'autres devront être accompagnés durant des mois, parfois des années. Chacun a sa façon de vivre, de pouvoir survivre seul ou avec d'autres. L'entrée dans une dépendance sempiternelle à un accompagnant est l'échec qui, quelquefois, ne pourra pas être évité.

Injections, comprimés seront souvent utiles pour permettre à un malade présentant des alcoolopathies diverses de se retrouver en condition physique et psychique, de parler, de penser, de réfléchir, d'utiliser ses possibilités d'insight, d'analyser ce qu'il ne pouvait discerner lorsqu'il était alcoolisé. Il n'est en effet guère possible de discuter longuement et profondément avec un sujet qui se trouve sous l'influence de l'alcool.

L'abstinence accompagnée, soit d'une manière médicalisée dans une cure de désintoxication, soit dans un groupe où la chaleur affective passe, même si scientifiquement on ne sait pas comment cette chaleur passe, est donc la première condition nécessaire.

L'important c'est la parole que l'accompagnant va d'abord écouter d'une oreille qui ne sera ni une oreille médicale, ni une oreille psychiatrique, ni une oreille de bonnes œuvres, ni une oreille de moraliste, toutes aussi dangereuses les unes que les autres. Il écoutera d'une oreille alcoologique en acceptant d'abord le fait que quelqu'un puisse être alcoolique. Il laissera cet alcoolique parler de lui, l'écouterà sans porter de jugement, lui rendra cette parole qu'il ne parvenait plus à prendre avec les autres, ce qui lui interdisait de communiquer avec eux.





## ADDICTIONS : OUVRIR LES DIALOGUES

avec les enfants, les conjoints,  
les proches, les familles,

les personnes consommatrices, les Équipes

Par des pratiques systémiques coopératives dans tous nos contextes

Jusqu'à preuve du contraire, nous avons tous un nombril, une origine, une originalité, une historicité relationnelle et généalogique aussi n'oublions pas qu'il y a eu une vie, un mode d'attachement, des dialogues dans la construction des apprentissages et dans la co-construction de l'être avant que l'addiction ne soit identifiée.

**Les addictions**, quelles qu'elles soient (**produits, écrans et autres**), s'installent **en organisant un dialogue subtil avec le cerveau, le corps entier, modifiant l'expression des émotions et le rapport au monde. Elles s'y prennent finement avec** les circuits neurologiques de la récompense (Dopamine), induisant des processus de dépendance et entraînent des altérations du fonctionnement des neurones **finissant par entraver le dialogue intérieur. Les dialogues avec les volontés, s'amointrissent au fil du temps entravant les capacités d'agir.**

**Une addiction qui s'installe est initialement un processus vécu avec un renforcement positif** par ses effets psychotropes et est donc et au service d'un processus de survie et d'un processus de vie. En parallèle, des bouleversements s'installent dans les dialogues avec soi, les autres et avec le monde.

**Les relations familiales et familiales en sont affectées**, ne plus reconnaître son parent ou son conjoint, son enfant, son proche à travers ses comportements, craindre pour la sécurité physique et psychique de chacun ainsi que celle du système, perdre confiance en l'avenir, fermer les yeux ..., se révolter ... être dans l'incompréhension, **les addictions sont bouleversantes et déboussolantes.**

*Alors comment s'y retrouver ? Et si nous écoutions les perceptions de chacun depuis sa place, son développement et son histoire, si nous écoutions les «Grandes Nouvelles» qui peuvent nous guider !*

**Première grande nouvelle : les enfants ont des yeux pour voir, des oreilles pour entendre, un corps pour ressentir le contact et les émotions, ils apprennent à donner du sens à leur expérience : que leur proposons-nous ?**

**Deuxième grande nouvelle : toutes les personnes que nous accompagnons et leurs proches sont aussi équipées pour voir, entendre, ressentir, et donner du sens au dialogue : que leur proposons-nous ?**

**Autre grande nouvelle : les intervenants ont des oreilles pour entendre, des yeux pour voir, des émotions pour ressentir, des intentions et des lieux pour accueillir : sur quoi nous appuyons-nous ?**

Quels sont nos équipements personnels, nos intentions, nos boussoles en tant qu'intervenants et institutions pour percevoir les mondes intérieurs, les nôtres et les leurs, afin d'ouvrir des dialogues avec chacun des membres des systèmes en présence ?

**«Maintenant tes yeux me voient ! »** ....disait un enfant venu avec sa mère

Parce que le système entier (familial et familial) peut être touché par l'addiction dans tous ses états, depuis l'enfant pendant la grossesse, à l'enfant dans son développement et ses mémoires, jusqu'à l'enfant devenu adulte, l'usager et sa famille, son entourage... C'est le moment de s'interroger sur nos représentations des addictions, nos peurs et nos empêchements susceptibles de freiner nos intentions, d'ouvrir la parole et de travailler avec la personne et son entourage.

Explorons ensemble, **avec les boussoles de chacun**, le vaste territoire des pratiques relationnelles systémiques et coopératives pour aider les usagers, les enfants, leur entourage et les intervenants.

Nous cheminerons ainsi **pour mieux comprendre la dynamique des addictions, l'impact des traumatismes de chacun, l'importance de la sécurité et de la considération des ressources**, afin de créer une alliance de dialogue **porteuse d'espoir pour les systèmes suivis et leurs intervenants.**

**Information - inscription [www.pegase-processus.fr](http://www.pegase-processus.fr) 02.23.46.42.16**



12<sup>ème</sup> **CONGRÈS**  
**INTERNATIONAL**  
Vents d'ouest

Confirmé

# ADDICTIONS : OUVRIR LES DIALOGUES

avec ...

les enfants

les conjoints

les familles,  
les proches

les personnes  
consommatrices

les équipes

**PAR DES PRATIQUES SYSTÉMIQUES  
COOPÉRATIVES DANS TOUS NOS CONTEXTES**

**Nouveauté 2020**

Congrès à suivre en présentiel  
ou en ligne en accès individualisé !



**26 & 27**  
**Nov. 2020**  
**SAINT MALO**  
Palais du Grand Large

# PEGASE PROCESSUS



## **PEGASE PROCESSUS**

est un Centre de formation, de recherche et de psychothérapie, fondé en 1986. Axées sur les pratiques systémiques et la thérapie familiale, ses formations reposent sur une vision «systémique» des problématiques relationnelles enrichies par des approches spécifiques, comme : l'alcoologie, les violences relationnelles, les pratiques éducatives et d'insertion, l'animation systémique des groupes et les groupes de familles.

Une autre part importante de nos interventions consiste à soutenir les pratiques d'équipes éducatives et d'accompagnement social, médico-social, de service psychiatrique ou thérapeutique sur site par le biais de supervisions, de modélisations des pratiques et de formations sur mesure.